A B C-ul SĂNĂTĂȚII

ENCICLOPEDIE MEDICALĂ POPULARĂ

ENCICLOPEDIE
MEDICALĂ
POPULARĂ

ABC-ul SĂNĂTĂȚII

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI — 1964

Sub redacţia
Acad. THEODOR BURGHELE

Au colaborat:

Dr. C. ALEXANDRESCU, dr. JANETA BINŞTOC, dr. O. BINŞTOC, dr. GH. BRĂTESCU, dr. AL. GHEORGHIU, dr. D. GHEORGHIU, dr. S. HERIŞAN, dr. VIRGINIA IOAN, dr. C. IOTA, dr. M. MAIORESCU, dr. AL. MINCU, conf. V. NEAGU, dr. I. STATE, dr. N. STOICANU, dr. N. TOFAN

Prefață

Ultimele decenii reprezintă pentru toate științele o perioadă de impetuoasă dezvoltare care a dus la necesitatea creării unor noi specialități în toate domeniile de activitate, creșterea prodigioasă a numărului de noțiuni îndepărtînd încă de mult pretenția unei științe universale.

Același ritm de dezvoltare l-a avut și medicina, care nu numai că în această perioadă și-a completat o seamă din cunoștințele vechi, fundamentîndu-le, scoțîndu-le din domeniul ipotezelor, dar, în plus, s-a îmbogățit cu altele noi. Necesitățile create de cercetarea experimentală în toate domeniile activității medicale au dus la o legătură mai strînsă cu celelalte științe, astfel că astăzi nu există domeniu, în special al științelor pozitive, de la care medicina să nu împrumute ceva, pentru a-și ușura și perfecționa mersul ei înainte. Pentru exemplificarea unora din cele mai recente progrese medicale, realizate pe baza cuceririlor științelor pozitive, aș cita numai cît de importantă și de utilă este folosirea izotopilor radioactivi pentru diagnostic și terapeutică, a aparaturii electronice în cercetarea biocurenților și a infrastructurilor sau cît de importantă este de pe acum aplicarea studiului statistic și a ciberneticii, deși această din urmă specialitate nu și-a dezvăluit încă toate tainele sale.

Bazîndu-se pe aceste realizări, medicina a făcut pași uriași, atît în ceea ce privește cunoașterea factorilor cauzali, cît și în ceea ce privește mecanismul complex al îmbolnăvirii și conduita terapeutică. În felul acesta, a fost posibil ca, în ultimii ani, să se obțină o reducere apreciabilă a numărului de îmbolnăviri și chiar să se ajungă la lichidarea altora care, pînă nu de mult, constituiau adevărate flagele sociale. Din acest punct de vedere, țara noastră se poate mîndri cu realizări de seamă, deoarece ne situăm printre primele țări din lume în care malaria a intrat în ultimii ani în domeniul istoriei.

Este perfect demonstrat că lupta împotriva bolilor este cu mult mai ușoară, atunci cînd sînt luate toate măsurile pentru a le preîntîmpina. Vechiul dicton: „este mai ușor să previi o boală decît să o vindeci" își păstrează încă întregul conținut și, cunoscînd influența covîrșitoare a factorilor economico-sociali asupra stării de sănătate a populației, orientarea profilactică a medicinei în țara noastră este privită cu deosebită încredere.

Pentru ca acțiunile de medicină preventivă să fie cît mai eficiente, este necesară difuzarea cît mai largă a unei serii de cunoștințe, despre apărarea și întărirea sănătății și, de aceea, acțiunea profilactică în medicină se bazează, în mod deosebit, pe educația sanitară a maselor de cetățeni. Ministerul Sănătății și Prevederilor Sociale întreprinde o acțiune susținută din acest punct de vedere, la care aderă și organizațiile de masă din țara noastră. În cadrul acestei acțiuni, intră

și publicațiile pentru popularizarea cunoștințelor medicale care apar sub egida Editurii medicale.

Lucrarea pe care am plăcerea să o prezint publicului cititor face parte din aceeași categorie de publicații. Alcătuirea unei enciclopedii medicale populare corespunde unor cerințe vechi ale cititorilor, care doreau o publicație mai amplă de acest gen. Această publicație reprezintă o noutate în publicistica românească medicală.

În acest „A.B.C. al Sănătății" ne-am propus a oferi cititorilor un număr cît mai mare de cunoștințe medicale, atît din cele clasice, cît și din cele mai recente; vor lipsi desigur noțiunile de circulație prea restrînsă, în cadrul unor stricte specializări. Poate, pentru cititorul avizat într-un anumit domeniu de activitate științifică unele noțiuni vor fi găsite depășite, deoarece timpul scurs de la punerea bazelor acestei lucrări și pînă la apariția ei a putut aduce unele modificări sau completări la noțiunea tratată.

Orînduirea alfabetică și nu pe specialități a termenilor credem că ușurează pe cititor la găsirea elementelor care-l interesează, căutîndu-se totodată o accesibilitate cît mai mare, prin alegerea unor exemplificări curente.

În redactare, s-a urmărit folosirea unui limbaj cît mai lipsit de neologisme, însă cititorul va scuza dacă dorința noastră nu a putut fi total îndeplinită, terminologia medicală fiind poate cea mai bogată în existența cuvintelor de origine străină.

Redactarea lucrării de față a fost făcută de un mănunchi de specialiști competenți, ceea ce a permis expunerea succintă, în cîteva rînduri, a unor capitole întregi de patologie și aceasta, pe cît a fost posibil, în noțiuni accesibile, diferite de cele folosite în limbajul de strictă specialitate

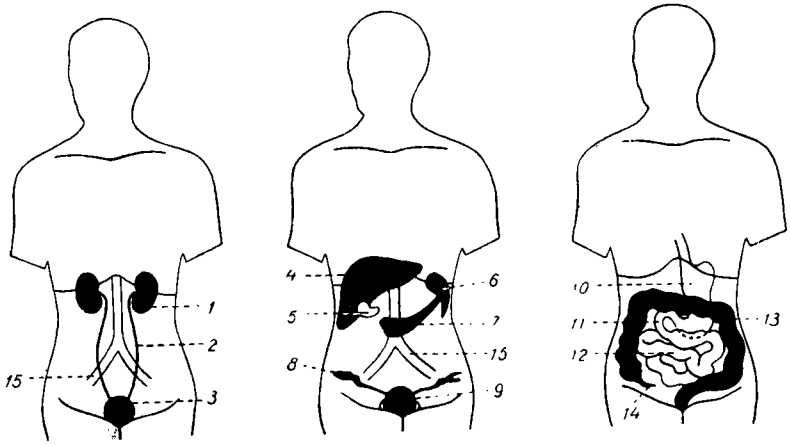
Fiind prima lucrare de acest gen care apare în limba română, desigur că se vor găsi și lacune, pe care cititorul, ținînd seama de dorința Editurii medicale de a sprijini răspîndirea noțiunilor medicale necesare ameliorării continue a stării de sănătate a populației, le va privi cu un spirit critic constructiv, făcînd cunoscute observațiile sale, de care se va ține seama la viitoarele editări.

Acad. TH. BURGHELE

Abces, colecție de puroi. Exemple: a) *Abces cald* care se însoțește de semnele unei inflamații acute, fiind provocat de prezența și dezvoltarea unor microbi, cel mai frecvent de stafilococ sau streptococ. Acești germeni pătrund direct de la exterior, cu prilejul unei înțepături, zgîrieturi sau tăieturi netratate la timp, sau se propagă de la o infecție de vecinătate (osteită) sau mai depărtată, fiind aduși de torentul sanguin (septicemie). Abcesul se traduce prin semnele locale ale inflamației: umflătură, roșeață, căldură locală și durere, și prin semne generale, care sînt ale unei stări generale infecțioase, cu febră și frisoane. Abcesul se poate resorbi de la sine sau se vindecă în urma tratamentului. Cînd o senzație de tensiune locală ia locul zvîcniturilor dureroase de la nivelul abcesului înseamnă că s-a constituit colecția de puroi. Dacă nu se intervine, se poate întîmpla ca deschiderea abcesului să aibă loc și spontan, dar bolnavul poate fi expus unor complicații. Acestea provin din faptul că puroiul se poate infiltra în profunzime, abcesul transformîndu-se într-un flegmon difuz, sau să constituie punctul de plecare a unei septicemii. *Tratamentul* preventiv constă în dezinfecția oricărei înțepături, zgîrieturi, rosături sau tăieturi, și pansarea ei. Dacă apar semnele locale de abces se vor aplica prișnițe călduțe, care pot aduce resorbția lui și se vor administra, la indicația medicului, sulfamide sau antibiotice; în caz de colecție constituită se recomandă intervenție chirurgicală. b) *Abces cerebral* care poate surveni ca urmare a unei supurații de vecinătate (sinuzită, otită, mastoidită) sau a unei septicemii. Deoarece abcesul se dezvoltă în masa țesutului nervos al creierului, în cutia craniană, el exercită o presiune crescîndă asupra lichidului cefalorahidian și, prin intermediul lui, asupra centrilor nervoși. Semnele acestei colecții vor fi asemănătoare cu manifestările oricărei tumori cerebrale, adică semne de „hipertensiune intracraniană": dureri de cap violente însoțite de vărsături și tulburări de vedere. La aceste semne se mai adaugă febra și alterarea impresionantă a stării generale. *Intervenția neurochirurgicală* practicată la timp poate fi salvatoare. c) *Abces dentar*, a cărui cauză este caria dentară care progresînd de la suprafața dintelui spre profunzime ajunge la pulpa dentară, după ce a distrus straturile smalțului și ale dentinei. Odată cu acest proces își fac drum spre pulpa dentară și microbii; se produce așa-zisa pulpită, care se manifestă prin dureri violente. După un interval de timp, aceste dureri se pot calma de la sine fără să însemne stingerea procesului, ci dimpotrivă gangrenarea pulpei, după care microbii ajunși în țesuturile din jurul dintelui se localizează la acest nivel, dînd abcesul. Odată abcesul format, *tratamentul* se rezolvă numai pe cale chirurgicală, prin deschiderea și golirea colecției purulente. După vindecarea abcesului se trece obligatoriu la tratamentul dintelui cariat. Din păcate, un dinte cariat care a ajuns în acest stadiu nu mai poate fi totdeauna salvat. d) *Abces pulmonar*, colecție purulentă, de obicei unică, produsă în plămîn în urma pătrunderii în căile respiratorii a unor microbi (stafilococi, streptococi, pneumococi) și favorizată de un teren predispozant (debilitate, alcoolism, diabet, convalescențe). De cele mai multe ori, abcesul pulmonar se instalează ca o complicație a unei pneumonii sau bronhopneumonii. Alteori, el se constituie în urma pătrunderii în căile respiratorii a unui corp străin, ca urmare a unei plăgi toracice, ramoliției și infectării unui cancer pulmonar, abcedării unei bronșiectazii etc. În cursul evoluției unui abces pulmonar se pot deosebi două stadii: a) primul, pînă la deschiderea abcesului în bronhii și care se manifestă

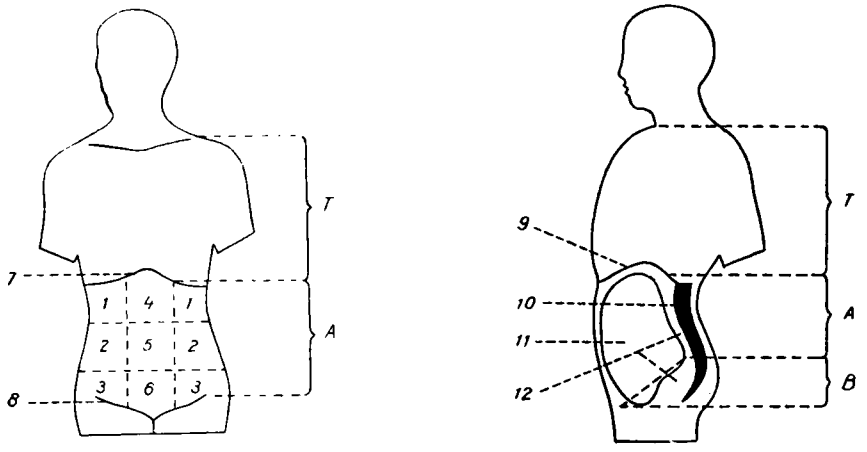
printr-o febră survenită brusc, cu frison, junghi toracic şi tuse, însoţită sau nu de expectoraţie. Formula sîngelui arată o creştere marcată a globulelor albe (leucocitoză); b) stadiul al doilea are loc după golirea abcesului în bronhii, cînd temperatura de obicei scade, iar puroiul este evacuat în cursul unui acces de tuse. Uneori, cantitatea este foarte abundentă (vomică); alteori, colecţia purulentă este evacuată fracţionat. Sputa este cremoasă, purulentă cu miros fad. Explorarea radiologică a toracelui arată prezenţa unei cavităţi în plămîn, cu transparenţa crescută în jumătatea ei superioară şi opacă în jumătatea inferioară; această imagine este denumită hidroaerică. După golire se poate produce vindecarea spontană a abcesului. *Tratamentul* cu antibiotice (penicilină, aureomicină, streptomicină aplicat fără întîrziere, în doze mari şi suficient de prelungit, asigură vindecarea în 90% din cazuri. Uneori este nevoie de introdus antibioticul la nivelul abcesului cu ajutorul sondelor (instilaţii endobronşice) sau aerosolilor, sau de drenat secreţiile prin bronhoaspiraţii. Gimnastica respiratorie şi cura de ape sulfuroase (Govora) au indicaţii în cazurile cu ameliorări parţiale, iar tratamentul chirurgical se aplică acolo unde vindecarea întîrzie şi se instalează o supuraţie cronică. e) *Abces rece*, colecţie purulentă constituită în timp, fără semne evidente de inflamaţie. Aproape de regulă este de origine tuberculoasă. Un abces rece nu se incizează niciodată; el răspunde în mod favorabil *tratamentului* antituberculos obişnuit. Se mai descriu abcese hepatice, renale etc.

Abdomen (cavitate abdominală, burtă), porţiune cavitară a corpului cu pereţi musculoaponevrotici acoperită de piele şi căptuşită cu o membrană seroasă numită peritoneu (vezi peritoneu). Situată între torace (vez torace) şi bazin (vezi bazin), cavitatea abdominală cuprinde o serie de organe (viscere) importante, cum sînt: stomacul, intestinul, ficatul, pancreasul, splina, rinichii, precum şi vase sanguine, limfatice şi nervi. Organele amintite ocupă o poziţie stabilă datorită faptului că sînt fixate prin ligamente şi mezouri (vezi peritoneu). Cînd aceste mijloace de fixare devin insuficiente, organele tind să se deplaseze, datorită greutăţii lor, în partea interioară a abdomenului (vezi ptoză). Topografia organelor abdominale şi a diverselor procese patologice poate fi apreciată pe baza împărţirii abdomenului în mai multe regiuni: hipocondrul (regiune subcostală) drept şi stîng, flancul drept şi stîng, fosa iliacă (în dreptul osului iliac) dreaptă şi stîngă, epigastru (deasupra ombilicului), mezogastru (regiunea din jurul ombilicului), hipogastru, spaţiul retroperitoneal. Faţă de alte regiuni ale corpului (cap, torace, membre), mărimea abdomenului variază la nou-născuţi, copii, adulţi (vezi creştere), putînd atinge în sarcină şi în unele boli (obezitate, tumori abdominale, acumulare de lichide anormale) dimensiuni de 2—3 sau chiar de 10 — 25 de ori mai mari decît cele normale. În timpul respiraţiei, poziţia pereţilor abdominali se modifică corespunzător (vezi respiraţie). Unul dintre aceşti pereţi (muşchiul diafragm) participă în mod curent la actul ventilator, în timp ce restul muşchilor abdominali contribuie la aceasta doar în anumite cazuri (de exemplu, în expiraţia forţată). În toate cazurile în care apare o scădere a mobilităţii pereţilor abdominali (sarcină înaintată, obezitate, ascită, abdomen acut) există, în consecinţă, şi o jenă respiratorie mai mult sau mai puţin marcată. Musculatura abdo-



Aşezarea principalelor organe abdominale: *1* — rinichi; *2* — ureter; *3* — vezica urinară; *4*—ficat ; *5*—vezica biliară; *6*—splina; *7*—pancreas; *8* — ovar; *9* — uter; *10* — stomac; *11* — duoden; *12* — intestin subţire; *13* — intestin gros (colon); *14* — apendice ; *15* — vasele mari abdominale.

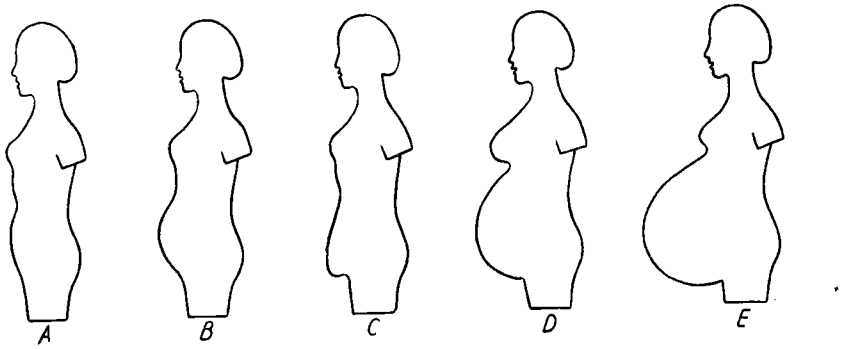
minală are rol şi în alte acte fiziologice: astfel, în timpul unor eforturi fizice, prin contracţia musculaturii sale, abdomenul împreună cu toracele formează un punct de sprijin pentru efectuarea mişcărilor necesare (de exemplu, în timpul înotului, al aruncării rămînînd orizontale). *Abdomen de batracian*, denumire folosită la unii copii rahitici sau hipotiroidieni, la care abdomenul este deosebit de mare în comparaţie cu capul, toracele şi extremităţile, fapt care dă întregului corp un aspect de broască. *Abdomen acut*, stare



Topografia trunchiului: *T* — torace; *A* — abdomen; *B* — bazin; *1* — hipocondru; *2* — flanc; *3* — fosă iliacă; *4* — epigastru; *5* — mezogastru; *6* — hipogastru; *7* — margine costală; *8* — plica inghinală; *9* — diafragm; *10* — coloana vertebrală şi osul sacru; *11* — cavitate peritoneală; *12* — spaţiu retroperitoneal.

sau ridicării unei greutăţi). Tot prin contracţia musculaturii abdominale (denumită şi *presă abdominală*) se evacuează reziduurile digestive în timpul actului defecaţiei. Scăderea capacităţii de contracţie a musculaturii abdominale favorizează dilatarea abdomenului, ptoza şi apariţia unor deficienţe legate de participarea ei la actele fiziologice menţionate.

patologică ce se caracterizează printr-o afecţiune acută abdominală (perforaţie, ocluzie, ruptură a unui organ, hemoragie, infecţie), cu o alterare gravă a stării generale, fapt ce pune în pericol viaţa bolnavului. Diferitele afecţiuni care pot determina apariţia *abdomenului acut* au unele particularităţi simptomatologice pe baza cărora medicul poate

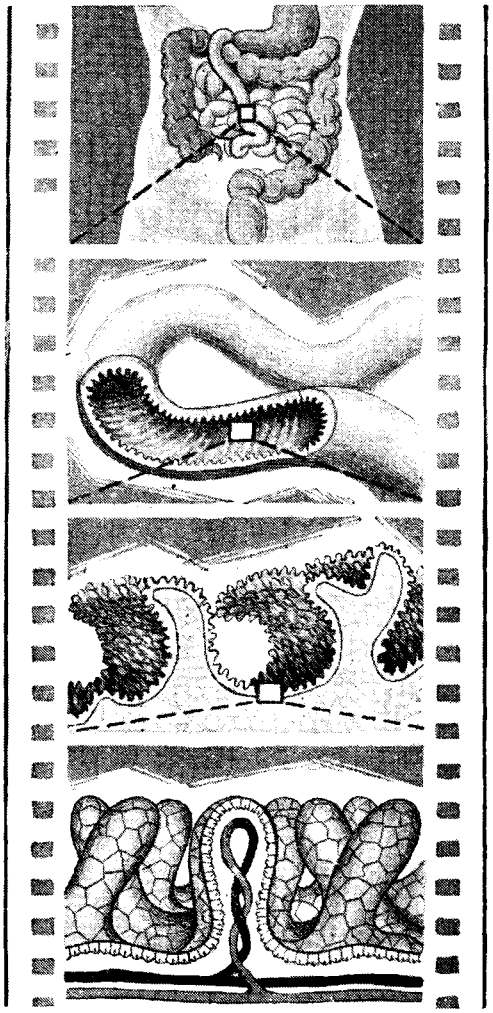


Profil abdominal în diferite cazuri: *A* — normal; *B* — sarcină; *C* — ptoză; *D* — obezitate; *E* — tumoare enormă abdominală (după un caz expus la Institutul de anatomie patologică, Bucureşti).

Pentru întreţinerea unei stări normale a acestei musculaturi se recomandă exerciţii fizice în cursul cărora din poziţia culcat pe spate sînt ridicate treptat fie membrele inferioare (toracele şi capul rămînînd orizontale), fie capul şi toracele (membrele inferioare

pune diagnosticul exact. În toate cazurile, peretele abdominal este contractat, excavat sau, dimpotrivă, balonat, deosebit de dureros, iar intervenţia chirurgicală este de obicei singura măsură terapeutică esenţială prin care poate fi salvată viaţa bolnavului.

absorbție, pătrunderea diferitelor substanțe (apă, alimente, medicamente, gaze) în sînge sau în limfă, prin intermediul cărora sînt răspîndite ulterior în tot organismul. De cea mai mare importanță pentru viața omului sînt: absorbția apei și a alimentelor în tubul



Pentru înlesnirea absorbției, mucoasa intestinală are o suprafață enormă. *De sus în jos*: o porțiune de ansă intestinală; aceeași porțiune mărită pentru a se vedea valvulele conivente (încrețituri ale mucoasei); un tragment de mucoasă pe care valvulele conivente secționate apar mult mărite; o porțiune de mucoasă mult mărită pentru a se vedea vilozitățile intestinale la nivelul cărora se face absorbția.

digestiv și absorbția oxigenului prin membrana alveolelor pulmonare. O importanță mai redusă pentru om o are absorbția prin piele a unor substanțe. Absorbția alimentelor se desfășoară mai cu seamă în intestinul subțire, însă apa, unele minerale și glucidele se pot absorbi și prin mucoasa stomacului, a intestinului gros și a rectului. În intestinul subțire există formațiuni speciale (vilozități intestinale) care prin suprafața lor mare și structură favorizează procesul de absorbție. O vilozitate are aspectul unui deget de mănușe aplicat pe peretele intestinului, avînd vîrful liber în cavitatea intestinală. Mijlocul vilozității este ocupat de vase sanguine, limfatice și un suport de țesut conjunctiv. Elementele absorbite trec din cavitatea intestinală în vasele sanguine din vilozități sau în vasele limfatice prin intermediul cărora ajung pînă la urmă tot în sînge (vezi circulația limfatică). Pentru a putea fi absorbite, alimentele sînt supuse digestiei (vezi digestie), în cursul căreia se transformă în substanțe mai simple din punct de vedere chimic. Proteinele (din carne, lapte) sînt absorbite sub formă de aminoacizi. Grăsimile (lipidele) se absorb sub formă de glicerină și săpunuri. Glucidele (din zahăr, cartofi, făinoase) se absorb sub formă de monozaharide. Apa, vitaminele și o serie de substanțe minerale se absorb nemodificate. În mod normal, prin pereții vilozităților intestinale nu trec produșii toxici rezultați din fermentațiile și putrefacțiile din intestin sau cantitatea absorbită este minimă și împiedicată să se răspîndească în organism prin acțiunea antitoxică a ficatului. În unele boli intestinale, însă, se alterează permeabilitatea mucoasei intestinale și din intestin se pot absorbi substanțe toxice în cantitate mare. Prin administrarea purgativelor saline (sulfat de magneziu sau sulfat de sodiu), absorbția apei este împiedicată și în intestin apare apă venită prin sînge din țesuturi și care urmează prin pereții vilozităților intestinale un drum invers de cît cel al absorbției normale. Acționînd în acest fel, substanțele amintite au efect purgativ. Fenomenul de absorbție a putut fi studiat pe viu în cadrul unor experiențe pe animal, administrîndu-se diferite substanțe și urmărindu-se apariția produselor de digestie a acestora, în sînge. O dată cu posibilitățile moderne de utilizare a izotopilor în medicină, absorbția diferitelor substanțe poate fi relativ ușor urmărită și la om, prin înglobarea în substanța cercetată a unor atomi marcați (trasori), ce pot fi ulterior detectați în sînge sau în diverse organe ale corpului. În cazuri speciale, așa cum am amintit mai sus, sînt folosite în medicină anumite forme de absorbție pentru administrarea unor medicamente, pentru alimentația artificială sau pentru unele probe de circulație. Nitroglicerina se poate absorbi prin mucoasa bucală. Novocaina, histamina și alte medicamente se pot absorbi prin piele. Tot prin piele se pot absorbi și substanțele stimulante din produsele cosmetice (pomezi, creme). În cazurile în care alimentația pe gură nu este posibilă pot fi administrate bolnavilor soluții nutritive prin clisme alimentare, folosindu-se în acest caz absorbția de la nivelul rectului. Introducerea eterului în rect și urmărirea ulterioară a eliminării

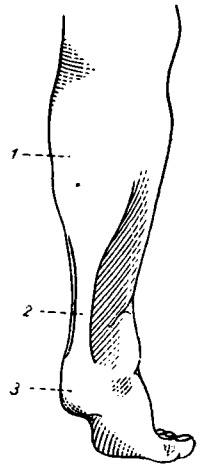
lui prin aerul expirat din plămîn serveşte drept probă de apreciere a timpului necesar pentru ca sîngele să ajungă de la rect prin ficat în inimă şi plămîn. Procesul de absorbţie, în special cel de la nivelul tubului digestiv, are o mare importanţă pentru nutriţia organismului şi pentru desfăşurarea în bune condiţii a metabolismelor energetice (vezi metabolism). Alterarea acestui proces (în boli gastro-intestinale), duce la apariţia aşa-numitelor „sindroame de malabsorbţie", stări patologice determinate de insuficienţa sau lipsa în organism a vitaminelor, mineralelor şi a altor substanţe necesare vieţii, care nu mai sînt absorbite în cantităţile necesare.

abulie, tulburare a voinţei, în care, deşi raţionamentul realizării unei acţiuni este corect, individul nu trece la înfăptuirea sa. Proprietatea unui om normal de a trece conştient de la o concluzie raţională la înfăptuirea sa sau la oprirea unei acţiuni propuse se numeşte voinţă. Abulia, ca tulburare a voinţei, o găsim în special la psihastenici, în stările depresive etc.

accident; deşi definiţia noţiunii de „accident" include intervenţia întîmplării (se şi spune „accidental" în sens de „întîmplător"), în realitate rolul întîmplării nu este atît de mare cum ar putea să pară la prima vedere. În general, accidentele au la bază cauze precise, care ţin de greşelile oamenilor. Înlăturarea acestor cauze se poate realiza şi în acest fel este pe deplin posibil să se obţină o reducere a numărului de accidente. Acest adevăr este valabil în ce priveşte atît accidentele de muncă, cît şi accidentele de stradă şi accidentele la copii. a) *Accidentul de muncă* se previne prin măsuri adresate cauzelor acestui fel de accident, dintre care unele ţin de deficienţe organizatorice şi tehnice ale locului de muncă, iar altele de comportamentul muncitorului. Pentru lichidarea cauzelor organizatorice şi tehnice ale accidentelor de muncă sînt indicate următoarele măsuri: controlul stării maşinilor şi utilajelor; funcţionarea perfectă a dispozitivelor speciale de protecţie aplicate la maşini; ordinea în ateliere, împiedicarea aglomerării de materiale pe locurile de trecere, iluminatul corespunzător; folosirea mijloacelor de protecţie individuală; organizarea corectă a instructajelor de tehnica securităţii la angajare şi periodic. Un rol important în prevenirea accidentelor îl are şi îmbunătăţirea comportamentului muncitorului, în special: folosirea raţională a timpului liber pentru o cît mai bună odihnă şi refacere a capacităţii de muncă (oboseala favorizează accidentul); însuşirea la perfecţie a procesului tehnologic şi a normelor de tehnica securităţii; evitarea consumului de băuturi alcoolice. b) *Accidentul de stradă* poate fi prevenit prin mai buna cunoaştere şi în special respectare a regulilor de circulaţie de către pietoni şi în primul rînd de către copii. De aceea, formarea deprinderii de a respecta regulile de circulaţie nu trebuie să lipsească din educaţia copilului. Pentru prevenirea accidentelor cauzate de conducătorii de vehicule este de însemnătate primordială a nu conduce obosit şi a nu consuma *nici o picătură* de alcool — nici chiar de bere! — înainte de a lua în mîini volanul maşinii sau ghidonul motocicletei. c) *Accidentele la copii* sînt mai puţin rodul întîmplării şi mai mult urmarea neglijenţei condamnabile a părinţilor. Printre principalele măsuri de prevenire a accidentelor la copii se menţionează: a nu li se da pe mînă obiecte ascuţite, tăioase (lame de ras, bricege), care se sparg, sau diverse obiecte mărunte care pot fi înghiţite (ace, pioneze, nasturi), sau cu care copiii îşi înfundă nasul şi urechile (boabe de fasole, pietricele) dacă nu sînt supravegheaţi; orice substanţă toxică, cum ar fi soda caustică, diverse medicamente, tinctura de iod, să fie bine păstrate sub cheie, evitînd cu grijă orice posibilitate ca ele să încapă pe mîna copilului; să nu fie lăsat singur un copil mic într-o încăpere unde există primejdia ca el să se accidenteze prin apropierea de o sobă încinsă sau să se opărească cu apă fierbinte; să se preîntîmpine posibilitatea de cădere a copilului de la înălţimi (mobilă, balcoane, ferestre, pomi); să se evite riscul de electrocutare, prin instalaţii electrice neprotejate sau prin permiterea accesului copiilor la fierul de călcat, asp rator, reşoul electric sau televizor, cînd aceste aparate sînt în priză.

acetilcolină — vezi vasodilataţie.

Achile (tendonul lui—), tendonul muşchilor gemeni care se inseră pe osul calcaneu. Acest tendon are un rol foarte important în mers, alergare, sărituri, echilibru, fapt pentru care lezarea lui duce la modificări ale actelor amintite. În timpul războiului troian, eroul grec Achile a fost omorît datorită faptului că o săgeată l-a atins în acest tendon, unde, spune legenda, exista singurul loc vulnerabil de pe tot corpul. Realitatea este că pentru un războinic din acea epocă, regiunea călcîiului era foarte greu de apărat în timpul unei lupte şi în acelaşi timp reprezenta o zonă a cărei lezare imobiliza luptătorul cel mai viteaz.

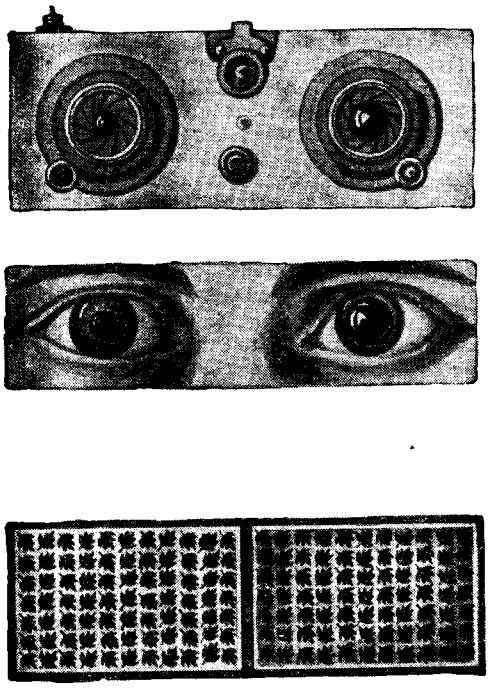


Tendonul lui Achile: *1* — muşchii gemeni situaţi sub genunchi, în partea posterioară şi superioară a gambei; *2* — tendonul lui Achile; *3* — osul calcaneu (călcîiul).

aciditate gastrică, examenul acidității gastrice dă informații pentru studiul funcțiilor de secreție și de motilitate ale stomacului. Recoltarea sucului gastric se face prin tubaj cu ajutorul unei sonde de cauciuc (Einhorn), sterilizată prin fierbere înainte de a fi folosită și introdusă prin gură și esofag pînă în stomac. Se extrage conținutul stomacului, fie pe nemîncate, fie la 25 de minute după o excitație a secreției provocată de un așa-zis „prînz de probă" (300 ml soluție de alcool 5%) sau de o injecție subcutanată de histamină și apoi la fiecare 15 minute. Se caută să se aspire de fiecare dată tot conținutul stomacal, se măsoară cantitatea, se observă aspectul și se dozează *acidul clorhidric liber* (normal 0,50—1g la mie), adică acidul clorhidric liber, plus acidul clorhidric legat de substanțele proteice din stomac și plus acizii organici (normal 1,90 —2 g la mie). *Hiperaciditatea, hipoaciditatea, anaciditatea* și *achilia* (lipsa oricărei secreții gastrice) nu reprezintă boli de sine stătătoare, ci un element important pentru stabilirea unui diagnostic. Astfel, *hiperaciditatea* denotă o hipersecreție a mucoasei gastrice și caracterizează ulcerul duodenal și piloric (69—70%). Este ceva mai rar întîlnită în ulcerul de stomac. *Hipoaciditatea* în schimb este caracteristică pentru cancerul gastric și unele gastrite. *Anaciditatea* care se poate însoți uneori de un deficit total și de pepsină *(achilie)* și care se cere verificată prin proba cu histamină, este frecvent întîlnită în cancerul gastric (60%) și anemia pernicioasă. Mai poate fi observată în gastritele cronice, dispepsii secundare, colecistită, anemii. Pentru *tratament*, vezi ulcer.

acidoză, acidificare a sîngelui și a țesuturilor. Se poate instala în cursul unor boli (insuficiență renală, boala Addison) sau datorită ingestiei exagerate a unor medicamente (salicilat de sodiu în doze mari). Dar cea mai des întîlnită este acidoza din cursul comei diabetului (vezi diabet), provocată de acumularea compușilor acetonei în sînge; ca urmare, rezerva alcalină coboară sub 50 de volume de CO_2%, crește aciditatea urinii și cantitatea de amoniac pe care aceasta îl elimină din organism. Primele semne care anunță acidoza din diabet sînt durerea de cap, dispariția poftei de mîncare, senzație de slăbiciune și mirosul de măr putred pe care îl răspîndește respirația bolnavului. Dacă nu se iau măsuri, bolnavul va intra curînd în comă. *Tratamentul* acidozei constă în administrarea de alcaline (bicarbonat de sodiu) și insulină în caz de diabet.

acnee, dermatoză caracterizată printr-o inflamație purulentă a foliculului pilo-sebaceu, însoțită de secreția exagerată a glandelor sebacee (glandele grăsimii pielii). În forma ei cea mai obișnuită, *acneea vulgară* sau *polimorfă juvenilă,* boala apare mai ales la tineri, începînd de la vîrsta pubertății (14—15 ani), prin formarea unor mici puncte brune-negre, care astupă porii dilatați ai pielii și poartă numele de comedoane. Strînse între două degete, comedoanele se elimină sub forma unor filamente grăsoase gălbui, ca niște viermișori. Treptat, în jurul comedonului pielea se înroșește, se întărește și se formează o băsicuță cu puroi. După eliminarea puroiului, leziunea formează o crustă, se usucă și se vindecă, lăsînd în urmă o cicatrice. Manifestările descrise se repetă fără încetare, realizînd aspecte disgrațioase, pe față, gîtul și părțile superioare ale trunchiului bolnavilor. În raport cu virulența stafilococilor găsiți în leziunile purulente și cu posibilitățile de apărare ale organismului pot apărea forme mai profunde, indurate, cu abcese sau chiar cu flegmoane. O formă mai specială de acnee este *acneea rozacee,* întîlnită mai ales la față, la femei după vîrsta de 40 de ani. Pe un fond de roșeață permanentă se formează mici dilatații vasculare și băsicuțe cu puroi asemănătoare acelora din acneea vulgară. Deși părerile diferă încă, majoritatea autorilor consideră acneea ca o boală rezultată în urma tulburărilor din glandele sexuale, la care se adaugă o infecție microbiană cu stafilococi, totul evoluînd paralel cu formarea în cantitate exagerată a grăsimii pielii. Un rol deosebit de

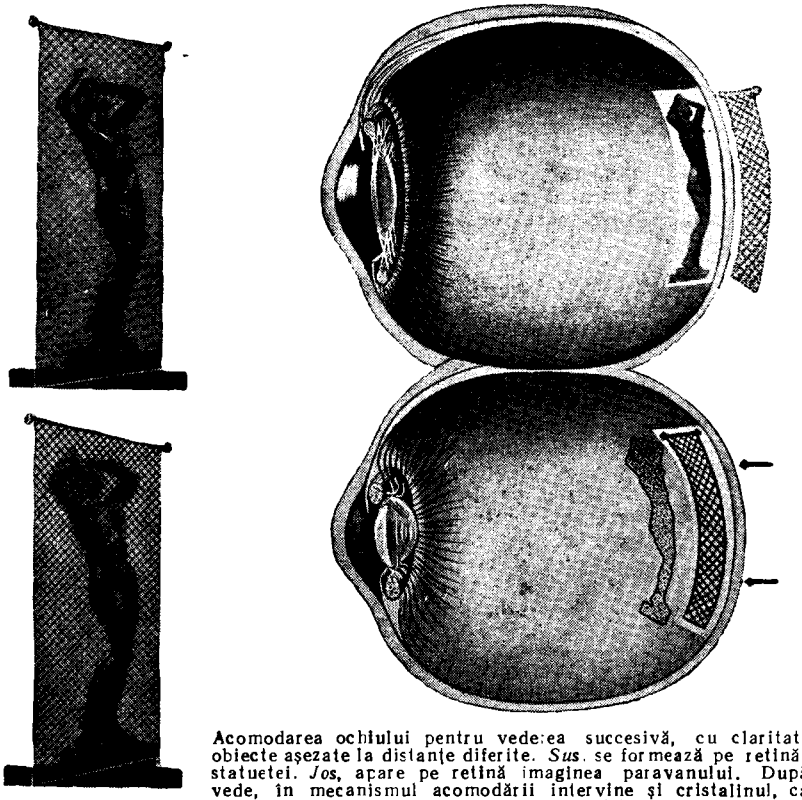


Acomodarea ochiului la distanță: pupila își schimbă dimensiunile ca și diafragma aparatului fotografic.

important pentru prevenirea și tratarea acneei îl joacă o corectă îngrijire a pielii. În fiecare seară, fața trebuie curățată și degresată cu o soluție slab alcoolizată, clătită cu apă călduță și apoi pudrată cu un strat fin de pudră. Pe

lîngă îngrijirile locale, tratamentele glandulare dau de multe ori rezultate bune. Se mai recomandă antibiotice, vaccinuri antistafilococice, vitamine, roentgenterapie. În acneea rozacee, de mare importanţă este respectarea unui regim alimentar din care sînt excluse condimentele, băuturile alcoolice şi, în mare parte, grăsimile.

acomodare, activitate de adaptare funcţională, rapidă, a unui organ sau organism la anumite necesităţi momentane. Acomodarea la distanţă şi lumină a ochiului (vezi ochi) şi acomodarea termică (vezi termoreglare) reprezintă exemple de adaptare a unui organ (ochiul) sau a întregului organism, la anumite condiţii de solicitare funcţională. Cînd privim la lumină sau în depărtare, pupila ochiului se micşorează (mioză), iar atunci cînd privim un obiect apropiat sau cînd intensitatea luminii este scăzută, diametrul pupilei creşte (midriază). Concomitent, curburile cristalinului cresc în primul caz sau scad în cazul din urmă. Acomodarea termică la cald sau rece se face prin modificarea proceselor prin care în corp se produce căldură sau prin care din organism se pierde această energie. Ca rezultat al acomodării termice, în condiţii de temperatură scăzută, creşte producerea de căldură, scăzînd concomitent pierderea ei şi invers în condiţii de temperatură ambiantă crescută. Mecanismele prin care se declanşează acomodarea implică intervenţia unor reflexe nervoase. Ca orice proces care se efectuează cu participarea sistemului nervos, procesul de acomodare poate fi îmbunătăţit calitativ prin antrenament. Astfel, persoanele care îşi desfăşoară activitatea pe teren se acomodează, după o vreme, mult mai eficace la schimbări bruşte de temperatură, în comparaţie cu persoanele ce lucrează în birouri. Trăgătorii cu arma, care participă la competiţii, îşi acomodează ochiul şi braţul mult mai rapid şi mai precis la sfîrşitul perioadei de antrenament, de cît la începutul ei. Din exemplele de mai sus reiese că integritatea mecanismelor de acomodare face posibilă adaptarea promptă a organismului la condiţiile de mediu în care trăieşte. Alterarea acestor mecanisme, ca urmare a unor boli nervoase sau a îmbolnăvirii organului ce se acomodează, scade viteza de acomodare sau împiedică acest proces, diminuînd în general randamentul activităţii omului.



Acomodarea ochiului pentru vederea succesivă, cu claritate, a două obiecte aşezate la distanţe diferite. *Sus*, se formează pe retină imaginea statuetei. *Jos*, apare pe retină imaginea paravanului. După cum se vede, în mecanismul acomodării intervine şi cristalinul, care acţionează ca o lentilă.

acomodarea ochiului, capacitatea ochiului de a vedea clar obiectele care se găsesc la diferite distanţe de el. Acomodarea se realizează prin modificările de curbură ale cristalinului, care modifică refracţia razelor luminoase. Modificările de bombare ale cristalinului se rea-

lizează prin contracția și relaxarea mușchiului ciliar. Capacitatea de acomodare depinde de elasticitatea cristalinului și de forța de contracție a mușchiului ciliar. Ambele scad cu vîrsta, făcînd necesară purtarea de ochelari corectori (vezi prezbiție).

acondroplazie, nanism caracterizat printr-o oprire în creștere a oaselor lungi și care interesează mai ales segmentele apropiate de trunchi. Se instalează chiar de la naștere. Acești pitici congenitali sînt disproporționați, cu brațe scurte, cap mare, frunte boltită și nas înfundat la bază. Acest nanism nu se însoțește, de obicei, de nici un deficit fizic sau intelectual. De această boală pare să fi suferit celebrul pictor francez Toulouse-Lautrec.

acrocianoză, tulburare a circulației sanguine în piele, apărînd mai ales la fetele tinere, localizată de obicei la extremități (mîini, picioare) și constînd într-o colorație violacee a tegumentelor. La baza acestei afecțiuni stă o tulburare locală a circulației sîngelui. Capilarele, cele mai fine ramificații ale arborelui vascular și venele mici sînt dilatate și lipsite de tonicitate, ca și paralizate. Din această cauză, sîngele circulă prin ele cu o viteză foarte redusă și este foarte sărac în oxigen. În afara colorației albăstrui menționate, pielea este umedă și rece; la apăsare se formează o pată albicioasă, care dispare foarte încet. Tegumentele celor care prezintă acrocianoză sînt foarte sensibile la frig, această tulburare favorizînd apariția degerăturilor, piodermitelor și a altor boli de piele. Tratamentul este de lungă durată. S-au obținut unele rezultate cu preparate glandulare, tonice generale (calciu), băi locale, diatermie. Cine are acrocianoză trebuie să poarte iarna, încă înainte de apariția gerului, îmbrăcăminte și încălțăminte călduroase, spre a-și feri pielea prea sensibilă de efectele frigului.

acromegalie, boală provocată de dezvoltarea unei tumori în lobul anterior al hipofizei și creșterea secreției interne a acestei glande. Se manifestă printr-o dezvoltare neproporționată a bolnavului în lățime și grosime, mai accentuată la extremitățile membrelor și la cap. Mîinile și laba piciorului se lățesc și se îngroașă, părțile moi la fel, încît degetele devin cilindrice, „ca niște cîrnăciori". Circumferința craniană se mărește. Fața acromegalului se alungește, pomeții obrajilor și arcadele sprîncenelor devin proeminente, bărbia se dezvoltă înainte și în jos, buzele se îngroașă și se răsfrîng, urechile se lărgesc, limba devine mai lungă și mai lată, iar dinții se depărtează între ei. Alături de aceste modificări privind creșterea exagerată a întregului corp se mai instalează o serie de tulburări care sînt provocate de compresia pe care o exercită tumoarea asupra organelor din cutia craniană: dureri de cap, scăderea vederii și auzului, nevralgii ale feței, crize de epilepsie, psihoze. Se mai semnalează tulburări în activitatea sexuală: încetarea menstrelor la femei, iar la bărbat impotența, cu atrofia penisului și testiculilor. *Tratamentul* este chirurgical: extirparea tumorii. Uneori este eficace roentgenterapia.

A.C.T.H. — vezi hormon.

actinomicoză, boală cronică comună omului și animalelor răspîndite pe tot globul, produsă de o ciupercă numită *Actinomyces bovis*, din familia *Actinomycetae*: a) *actinomicoza cervico-facială* este cea mai frecventă; ciuperca pătrunde prin mucoasa bucală și invadează osul maxilar inferior și țesuturile învecinate, producînd o serie de nodozități, care ulterior se ulcerează și lasă să curgă un puroi ce conține niște grăunțe gălbui, caracteristice; b) *actinomicoza pulmonară* prezintă semne care seamănă cu cele din tuberculoza pulmonară. În spută se găsește ciuperca; c) *actinomicoza abdominală* cu localizarea pe intestin, survine rar. *Tratament:* penicilină în doze mari, eventual tratament chirurgical.

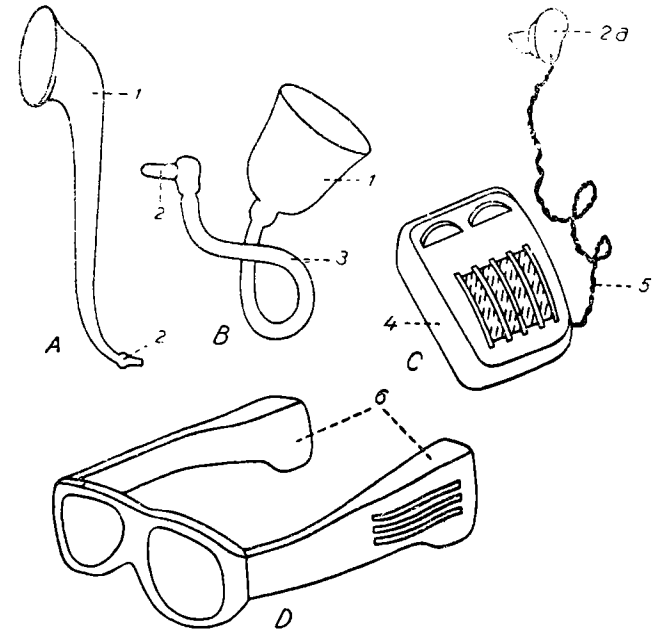
activist sanitar, persoană care desfășoară o activitate voluntară în sprijinul acțiunilor de ocrotire a sănătății. Activiștii sanitari sînt de obicei membri ai unor organizații de masă (Crucea Roșie, comitet de stradă, organizația de femei) care și-au însușit un minim de pregătire, absolvind un curs sanitar de Cruce Roșie (G.P.A.S., curs de echipieri sanitari, curs de îngrijire la domiciliu a bolnavilor). Activiștii sanitari aduc o contribuție deosebit de valoroasă la realizarea unor măsuri importante de medicină preventivă care revin unităților

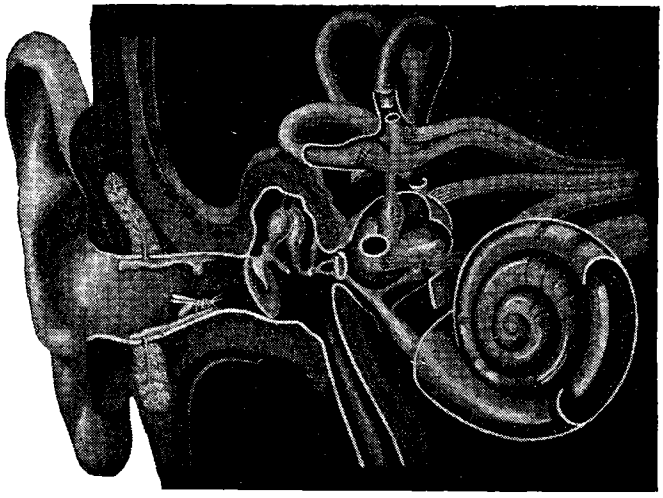
Activistă sanitară la locul de muncă.

medicale pe care le sprijină (circumscripții sanitare urbane și rurale, servicii medico-sanitare de întreprindere etc.). Ei se află permanent în primele linii ale luptei care se desfășoară în mod organizat în țara noastră pentru îmbunătățirea necontenită a stării de sănătate a populației.

acupunctură, metodă de tratament practicată de mii de ani în ţările din răsăritul Asiei (mai ales în China) constînd în înfigerea unor ace fine metalice în anumite puncte ale pielii. Acele, de obicei de oţel, sînt lăsate pe loc timp de cîteva secunde sau chiar ore. O variantă a acupuncturii, denumită moxa se bazează pe utilizarea, în locul acelor, a unor beţişoare din anumite plante, care, după înfigerea în piele, sînt „arse". Acupunctura dă rezultate bune în tulburări nervoase, în migrenă, în nevralgii şi în alte boli. De pildă, locul preferat pentru aplicarea acului în cazul unei colici hepatice este situat deasupra ochiului drept. Fixarea acestor puncte s-a făcut pe baza unei practici empirice milenare. Ştiinţa actuală demonstrează că efectele vindecătoare ale acupuncturii se datoresc unui mecanism reflex, între diferitele zone ale pielii şi anumite organe interne existînd legături nervoase care permit influenţarea respectivelor organe prin înţeparea pielii.

acustic, în legătură cu auzul. *Simţ acustic*, simţul auzului. *Nerv acustic*, al VIII-lea nerv cranian. *Analizator acustic* ansamblu funcţional format din ureche, căile de transmisie nervoase pînă la creier şi zona de pe scoarţa cerebrală în care ajung excitaţiile acustice. *Cornet acustic*, instrument în formă de cornet utilizat în caz de surditate incompletă pentru colectarea sunetelor ce trebuie auzite, în urechea bolnavă. *Aparat acustic*, instrument de colectare, recepţie, amplificare şi transmisie a sunetelor şi zgomotelor. Acestea sînt transmise fie prin intermediul timpanului (în care caz se introduce în conductul auditiv al urechii o piesă specială), fie prin intermediul osului mastoidian, care transmite vibraţiile unui difuzor aplicat pe os, către urechea internă (vezi ureche).





Cornete şi aparate acustice: *A*, *B* — cornete acustice; *C* — receptor-amplificator de buzunar; *D* — ochelari acustici; *1* — pîlnie colectoare a sunetelor şi zgomotelor; *2* — piesă de introdus în ureche, simplă sau cu difuzor minuscul (*2a*); *3* — tub de transmisie din cauciuc; *4* — microfon şi amplificator cu tranzistori cu ajutorul cărora se recepţionează sunetele; *5* — conductor electric; *6* — braţele ochelarilor, de dimensiuni neobişnuite servesc atît la susţinerea ochelarilor, cît şi ca piese de recepţie, amplificare şi transmisie (prin os) a sunetelor şi zgomotelor.

adaptare, modificare funcţională sau structurală a unui organ sau organism, corespunzător intensităţii, duratei, frecvenţei excitanţilor (modificărilor) din mediu. *Exemplu de adaptare funcţională:* creşterea frecvenţei respiraţiei în efort. *Exemplu de adaptare structurală:* hipertrofia muşchilor supuşi efortului îndelungat; modificările organismelor animale şi vegetale la condiţiile complexe de mediu în cursul evoluţiei filogenetice (*adaptare la mediu*). Modificările adaptative pot avea un caracter progresiv (apariţia unor posibilităţi funcţionale

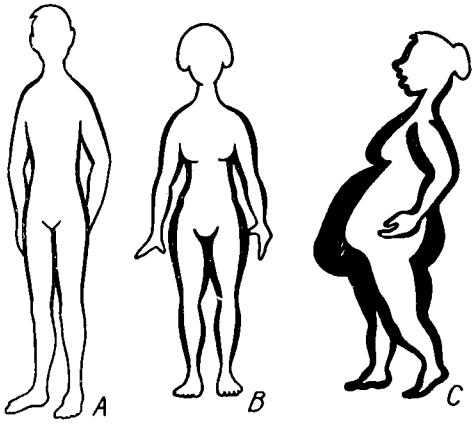
superioare sau apariţia şi perfecţionarea unui anumit organ) sau regresiv dispariţia cozii la om). Prin adaptare, fiinţele vii devin capabile pe măsură ce evoluează să reacţioneze la un număr tot mai mare de schimbări (excitate) ale mediului înconjurător, astfel încît pentru ele „mediul" devine din ce în ce mai complex. Fiecare formă de organizare a materiei vii se adaptează aşadar la un mediu corespunzător posibilităţilor sale de a reacţiona şi potrivit structurii ei. Astfel, o fiinţă monocelulară (amiba) reacţionează doar la un număr redus de modificări ale mediului (temperatură, umiditate, compoziţie chimică). Pentru această fiinţă simplă, „mediul" faţă de care se adaptează este format doar din complexul de schimbări (excitanţi) faţă de care celula poate reacţiona. Un organism complex, de exemplu un mamifer (maimuţa), reacţionează faţă de mult mai multe schimbări (excitanţi) din mediu, astfel încît „mediul" maimuţei este mult mai complex de cît cel al amibei, fapt ce corespunde şi alcătuirii mult mai complexe a organismului maimuţei. Pentru om — fiinţa cea mai complexă apărută în natură — datorită vieţii sociale pe care o duce, „mediul" este reprezentat nu numai de factorii fizici (temperatură, compoziţia aerului, intensitatea luminii), dar şi de factorii sociali (nivelul de evoluţie a societăţii, familie). Atît factorii fizici, cît şi cei sociali alcătuiesc „mediul extern" pentru om, deoarece el este astfel alcătuit încît poate reacţiona faţă de ei, manifestînd procese de adaptare. Aclimatizarea este tot o formă de adaptare, însă doar la factorii climaterici de mediu.

adenită, inflamaţie a ganglionilor limfatici, formaţiuni care reprezintă unul din sistemele de apărare ale organismului împotriva infecţiilor. Ganglionii limfatici se prezintă ca nişte formaţiuni nodulare, de dimensiunea unui bob de linte sau ceva mai mari, fiind situaţi cîte unul sau în grupuri mai mici sau mai mari de-a lungul vaselor limfatice. Printre alte roluri importante, ei îl au şi pe acela de a forma o barieră în calea unei eventuale infecţii, plecată de la un teritoriu din organism, prin vasele limfatice. Dacă se produce, spre exemplu, o infectare a pielii cu stafilococ la nivelul unui deget de la mînă (boală care poartă numele de panariţiu) şi nu se aplică un tratament potrivit, microbii înaintează de-a lungul vaselor limfatice ale mîinii şi antebraţului, provocînd inflamaţia acestor vase, cunoscută sub numele de limfangită; procesul infecţios este oprit apoi ca de o barieră de ganglionul limfatic al cotului (ganglionul epitrohlean), în care se mobilizează multe forţe de apărare pentru a distruge microbii. Dacă acest lucru nu reuşeşte, infecţia merge mai departe, de-a lungul braţului, pînă la subsuoară, unde există un nou baraj ganglionar, mai important decît primul, reprezentat de ganglionii limfatici axilari. Astfel de baraje ganglionare se găsesc răspîndite în toate regiunile corpului. Pătrunderea microbilor în ganglioni are ca urmare mărirea lor de volum, însoţită de dureri, ca expresie a luptei ce se dă împotriva infecţiei. După natura microbilor respectivi, adenitele pot îmbrăca aspecte variabile, care uneori ajută la diagnosticarea bolii care le-a provocat. Un exemplu îl constituie adenitele din regiunile înghinale (ganglionii de la rădăcina coapselor). Astfel, în şancrul moale al regiunii genitale, unul sau mai mulţi ganglioni se umflă, devin extrem de dureroşi, se pot înmuia şi sparge, lăsînd să se scurgă puroiul la exterior; pe de altă parte, în şancrul tare sau sifilitic, ganglionii se umflă (unul ceva mai mult, ceilalţi mai puţin) realizînd aspectul denumit „cloşca cu pui", dar nu sînt de loc dureroşi şi nu evoluează niciodată spre supuraţie.

adenom, tumoare benignă care se poate dezvolta în orice glandă; este format din ţesut asemănător ţesutului glandular din care provine. Deşi evoluţia tumorii este benignă, prezintă totuşi riscul cancerizării, din care cauză uneori se impune extirparea ei. Cînd apare într-o glandă cu secreţie internă (tiroidă, hipofiză, suprarenală), poate provoca tulburări endocrine prin hiperfuncţie, ceea ce de asemenea impune extirparea adenomului. Se întîlnesc mai frecvent adenomul mamar şi adenomul de prostată. Adenomul mamar nu dă nici o tulburare; la palparea glandei mamare se găseşte o tumoare de mărimea unei alune sau nuci, care este bine delimitată de restul glandei de consistenţă elastică sau dură, nedureroasă. Datorită riscului cancerizării se indică extirparea chirurgicală a acestui adenom. Adenomul de prostată apare de obicei la bărbatul după 50 de ani, dar se dezvoltă lent şi de aceea tulburările clinice apar mai tîrziu. Pe lîngă ţesutul glandular, el mai este format din fibre musculare şi ţesut fibros, constituind un adenomiofibrom. Dezvoltîndu-se sub colul vezical pe care îl împinge în sus şi în jurul uretrei pe care o comprimă determină tulburări de micţiune (micţiuni frecvente, la început în cursul nopţii, apoi tot timpul zilei, greutate la urinat), care pot merge pînă la retenţie de urină. Datorită vecinătăţii cu orificiile ureterale şi faptului că după un interval de timp vezica nu se mai goleşte complet, apar complicaţii ca: cistită, calculi vezicali, diverticuli vezicali, infecţii renale şi insuficienţă renală. De aceea este bine ca operaţia să se facă înainte de apariţia complicaţiilor. Evoluţia este mai rapidă şi complicaţiile mai frecvente la bărbaţii graşi, care mănîncă mult, consumă alcool şi duc o viaţă sedentară. De aceea, aceşti bolnavi trebuie să slăbească, să renunţe la alcool, să facă gimnastică şi plimbări zilnice. La indicaţia medicului vor accepta intervenţia chirurgicală, care constă în extirparea adenomului. Dacă operaţia este făcută înainte de apariţia complicaţiilor, rezultatele sînt foarte bune.

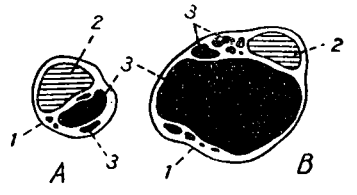
adipos, gras, grăsos, format din grăsimi. *Ţesut adipos*, ţesut format din celule adipoase sau adipocite, a căror particularitate este că pot îngloba în corpul lor grăsimi în cantităţi mai mari sau mai mici, în funcţie de tendinţa de

îngrăşare a organismului. Gradul de dezvoltare a ţesutului adipos determină adipozitatea. La persoane de statură mijlocie şi greutate medie, dezvoltarea ţesutului adipos reprezintă aproximativ 1/20 din greutatea corporală. Adipozitatea este diferită la corpul femeii



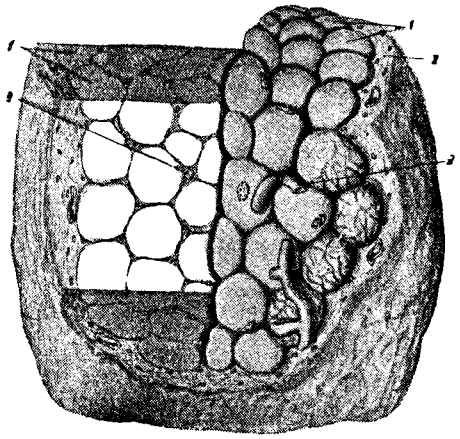
Adipozitate normală la bărbat (*A*) şi femeie (*B*). Adipozitate crescută într-un caz de obezitate generalizată (*C*).

şi al bărbatului. În mod normal, la femeia adultă există o adipozitate mai accentuată în comparaţie cu bărbaţii, în special în regiunea şoldurilor, coapselor, umerilor, fapt care explică liniile mai rotunde ale corpului femeii. Pînă la perioada pubertăţii, în cursul perioadei de creştere, organismul fetelor şi al băieţilor prezintă însă deosebiri mai mici de adipozitate în comparaţie cu persoanele adulte. În unele boli metabolice (obezitate) există o adipozitate excesivă, grosimea stratului de grăsime subcutanată putînd atinge 5—10 cm în special pe abdomen. În interiorul corpului, grăsimile se pot, de asemenea, depune în exces în jurul diferitelor organe sau în pereţii arterelor.



Celule adipoase (adipocite) la o persoană cu greutate normală (*A*) şi la alta cu tendinţă la îngrăşare (*B*). *1* — membrana celulară; *2* — nucleul celulei; *3* — picături mari şi mici de grăsime înglobate în corpul adipocitului.

Adipozitatea crescută poate îmbrăca uneori forme generalizate sau, dimpotrivă, localizate, unele părţi din organism avînd aspect normal, iar altele fiind excesiv de grase. În alte boli (caşexie), depozitele de grăsime ale organismului scad, dispar o dată cu topirea maselor musculare şi apariţia reliefurilor osoase, fapt ce duce la aspectul caracteristic al bolnavilor respectivi, cunoscut în limbaj popular pe bună dreptate sub numele de „piele şi os". **adipozogenital (sindrom),** boală caracterizată prin obezitate şi infantilism genital. Sindromul adipozogenital poate fi provocat de prezenţa unei tumori cerebrale, alteori ca urmare după o infecţie virotică care a atins centri subcorticali, dar deseori se dezvoltă şi fără o cauză



Lobul adipos: *1* — celule adipoase; *2* — ţesut conjunctiv; *3* — vase sanguine.

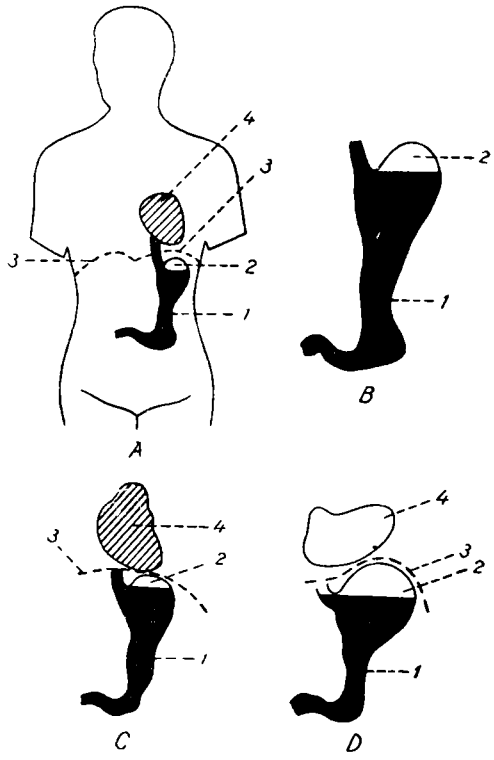
evidentă. Aşa se petrec lucrurile cu copiii la care apare treptat o obezitate ce ia proporţii, mai ales în urma unei alimentaţii exagerate şi a condiţiilor de viaţă sedentară. Obezitatea apare cu o distribuţie mai ales în regiunea sînilor şi subombilicală. Topografia grăsimii împrumută băieţilor un aspect feminin, iar fetelor un aspect de maturitate. Insuficienţa genitală apare cel mai evident la băieţi în apropierea pubertăţii: vocea nu se schimbă, nu apar impulsuri sexuale, testiculii nu coboară în scrot sau rămîn mici şi atrofici, penisul îşi păstrează dimensiunile infantile. La fetiţe, organele genitale externe au aspect infantil, glandele mamare sînt atrofice, menstra nu apare. Tratamentul variază după forma clinică: în sindromul adipozogenital de natură tumorală se recurge la extirpare chirurgicală. În celelalte forme se administrează hormoni, susţinuţi de un regim alimentar potrivit şi de cultură fizică medicală.

Addison (boala), insuficienţă a glandei suprarenale. Modificările patologice ating de obicei corticosuprarenala, deoarece medulosuprarenala este mai rezistentă la infecţii. Lezarea cronică a corticosuprarenalei dă tabloul clinic al bolii cunoscute sub numele de boala Addison, după numele celui care a descris-o primul. Glanda poate fi distrusă lent, printr-o infecţie, iar semnele de insuficienţă suprarenală apar abia atunci cînd aproximativ 70% din glandă a fost distrusă. De obicei, tuberculoza este

cauza cea mai frecventă. Boala se întîlneşte mai des la bărbaţi, între 20 şi 50 de ani, instalîndu-se progresiv; uneori, însă, începutul insuficienţei suprarenale poate îmbrăca un caracter acut, fie pentru că bolnavul era purtătorul unei insuficienţe cronice ignorate care s-a acutizat cu prilejul unei infecţii, intoxicaţii sau şoc operator, fie pentru a distruge septicemia masivă, cu evoluţie fulgerătoare. Simptomele principale ale bolii Addison constau în modificări de coloraţie a pielii şi mucoaselor; acestea capătă o culoare cafenie ca de coajă de pîine prăjită. La acest semn se mai asociază o stare de oboseală de neînvins, cu pierdere în greutate şi lipsa poftei de mîncare. Hipotensiunea arterială este un indiciu al gravităţii acestei afecţiuni. Fenomenele descrise au de obicei un mers lent, dar pot apărea şi brusc, necesitînd internarea urgentă a bolnavului în spital. Aici i se va administra un tratament energic cu ser fiziologic şi glucoză, plasmă, hormoni corticosuprarenali, vitamine. Medicamentele care înlocuiesc cu succes secreţia acestei glande sînt cortizonul şi preparatele de dezoxicorticosteron (DOCA). Se completează eventual medicaţia cu tratament specific antituberculos (streptomicină, hidrazidă), vitamină C.

adrenalină — vezi vasoconstricţie.

aer, amestec gazos, indispensabil vieţii, alcătuit din oxigen (20,95%), azot (78,09%), bioxid de carbon, hidrogen şi alte gaze. Dintre acestea, oxigenul are prima însemnătate. Scăderea oxigenului la 14% este resimţită de organism şi la 9% pune viaţa în pericol. La o temperatură de 18—20° şi o umiditate relativă de 40—60%, aerul este cel mai favorabil pentru sănătate. Umiditatea crescută este nesănătoasă, la orice temperatură. În caz de temperatură ridicată, umezeala aerului stînjeneşte pierderea de căldură a corpului prin transpiraţie, dînd senzaţia de zăpuşeală. În caz de temperatură scăzută, aerul umed fiind mai bun conducător de căldură, grăbeşte pierderea de căldură a corpului, ceea ce dă senzaţia neplăcută de „frig care te pătrunde în oase". Pentru sănătatea omului prezintă o mare însemnătate calitatea aerului respirat în încăperi (locuinţă, loc de muncă). În spaţiile închise, aerul se viciază, datorită eliminării de bioxid de carbon, vaporilor de apă şi diferitelor substanţe organice volatile şi mirositoare rezultate din activitatea pielii, din descompunerea transpiraţiei, precum şi din arderea ţigărilor — după cum se întîmplă în cele mai multe încăperi. Aerul viciat duce la o stare de indispoziţie, provoacă dureri de cap, ameţeli, senzaţie de greaţă şi alte tulburări, favorizînd o serie de îmbolnăviri. Foarte periculos este aerul viciat pentru sănătatea copiilor. De aceea, este atît de importantă grija pentru primenirea aerului, prin *ventilaţie*. Ventilaţia este de două feluri: naturală şi artificială. Ventilaţia naturală se realizează în parte de la sine, prin aerul care pătrunde în mod obişnuit prin micile spaţii de la uşi şi ferestre, ca şi prin porozitatea pereţilor (de aceea este neigienic a locui în încăperi cu pereţi uleiaţi, care împiedică trecerea aerului). Ventilaţia naturală trebuie însă intensificată, cel puţin de două ori pe zi, dimineaţa şi seara înainte de culcare, chiar şi în anotimpul rece, prin deschiderea ferestrelor şi a uşilor. Ventilaţia artificială se realizează la locurile de muncă,



Pungă de aer a stomacului: situaţie normală (*A*, *B*); influenţa ei asupra poziţiei inimii (*C*, *D*): *1* — corpul stomacului; *2* — punga de aer; *3* — muşchiul diafragm; *4* — inima.

prin diferite aparate de aspirare a aerului viciat şi de introducere a aerului curat din afară. O excelentă ventilaţie se obţine prin instalaţiile de aer condiţionat (vezi condiţionarea aerului). *Aer complementar*, *aer de rezervă*, *aer rezidual* şi *aer curent*, volume de aer din plămîni ce pot fi mobilizate în cursul ventilaţiei pulmonare (vezi respiraţie). *Aer alveolar*, amestec de gaze existent în alveolele pulmonare (vezi respiraţie) format în principal din circa 80% azot, 14% oxigen şi 6% bioxid de carbon. Acest aer este eliminat parţial în timpul expiraţiei şi se diluează în timpul inspiraţiei prin amestecare cu aer atmosferic mai bogat în oxigen şi cu cantităţi foarte reduse de bioxid de carbon. *Punga cu aer a stomacului*, porţiune din stomac umplută în permanenţă cu gaze rezultate din fermentaţiile digestive, a căror compoziţie este mult deosebită de aerul atmosferic. Datorită vecinătăţii cu inima, o creştere exagerată

a volumului pungii de aer modifică poziția inimii, putînd produce tulburări în funcția acesteia. *Utilizarea aerului în diagnosticul radiologic:* pentru delimitarea formei și poziției unor organe cu structură asemănătoare se introduce între ele o cantitate de aer sau oxigen sterilizat, care creează o diferență netă de contrast pe filmul radiologic între zona organului analizat și zona din jurul lui umplută cu aer. Introducerea de aer în intestin prin rect servește, de asemenea, la crearea unor contraste radiologice necesare studiului bolilor intestinale. *Aerul ca element terapeutic.* Un aer bogat în oxigen, uscat, lipsit de impurități, poate fi utilizat pentru tratamentul unor boli respiratorii și al unor tulburări generale de nutriție, deoarece un asemenea aer are calități de stimulare a organismului. Aerul mai poate fi, de asemenea, utilizat în medicină ca mijloc de administrare pe cale respiratorie a unor substanțe medicamentoase pulverizate (aerosoli). *Aer condiționat*, aer purificat (de bioxid de carbon, vapori de apă în exces) încălzit, îmbogățit în oxigen și eventual sterilizat. Un asemenea aer este utilizat pentru ventilarea sălilor de spectacol, a sălilor de operații, a încăperilor ermetice din avioane, submarine, nave cosmice. Mijloacele de condiționare a aerului implică procedee chimice, fizice și instalații speciale. În locuințe, plantele din cameră ajută la condiționarea aerului, deoarece în timpul zilei ele absorb bioxidul de carbon și elimină oxigenul, în timp ce noaptea, avînd un efect invers, devin inoportune, în special în camerele de dormit. Pentru un cartier sau un oraș, spațiile verzi și vegetația existentă au un rol de condiționare naturală a aerului din zona respectivă. *Aer viciat*, aer ce conține cantități dăunătoare de vapori de apă, bioxid de carbon, gaze, impurități, fapt care îl fac impropriu pentru a fi respirat. *Aerofobie*, în traducere, „frică de aer". Semn aproape constant în turbare la om: un curent de aer provoacă bolnavului de turbare spasme (contracturi) ale mușchilor faringelui, gîtului și consecutiv greutate în respirație și stare de frică. *Aeroterapie*, folosirea aerului liber în mișcare, cu scopul de a călî și de a trata organismul. Formele mai răspîndite de aeroterapie sînt *băile de aer* (în care corpul dezbrăcat este supus acțiunii aerului un timp oarecare) și *cura de aer*, bazată pe expunerea corpului culcat, timp îndelungat, pe o terasă sau într-o cameră cu ferestrele larg deschise indiferent de sezon. Aeroterapia se recomandă în cazuri în care organismul trebuie tonificat, precum și pentru a se spori capacitatea de adaptare la influențele schimbătoare ale mediului extern, în tuberculoza pulmonară, cutanată, osoasă și articulară, în anemii, boli funcționale ale sistemului nervos și cardiovascular, în surmenaj, în bolile căilor respiratorii superioare etc. Aeroterapia este folosită pe scară largă pentru călirea organismului. În practicarea băilor de aer se recomandă prudență reumaticilor, bolnavilor cu afecțiuni articulare inflamatoare cronice și cu nevrite.

aerofagie, acumulare de gaze în stomac peste limitele fiziologice. Aerofagia provine din cauza obiceiului pe care îl au unele persoane de a înghiți aer în cantitate mare, în cursul sau în afara meselor. Se manifestă prin balonare și greutate în partea de sus a abdomenului, eructații, vărsături, secreție exagerată de salivă. Această dilatație a stomacului poate provoca o senzație de jenă asupra inimii, care este comprimată de diafragmul împins în sus, simulînd uneori o criză de angină pectorală. Aerofagia nu este o boală, ci mai degrabă un simptom care se întîlnește în cursul faringitelor, la fumătorii care fac abuz de tutun, în gastritele cronice și mai ales la persoanele nervoase. De aceea, *tratamentul* aerofagiei se bazează pe calmante (bromură de calciu) și respectarea igienei în cursul mesei: evitarea meselor servite în pripă, a conversațiilor în timpul lor; lichidele să fie absorbite cu ajutorul unui pai, iar mestecatul alimentelor să fie complet. După mese se recomandă ceaiuri de sunătoare și mentă, cu repaus la pat de 30 pînă la 60 de minute.

aerosoli, metodă folosită pentru administrarea directă în căile respiratorii a unor soluții medicamentoase, după ce acestea au fost aduse, cu un aparat special, într-o stare de dispersie foarte fină, care să îngăduie inhalarea și absorbția lor în sînge prin intermediul mucoasei

Instalație pentru ședință colectivă de aerosoli.

pulmonare. Este folosită în astm, supurații pulmonare, afecțiuni oto-rino-laringologice.

afachie, absență a cristalinului, ce rezultă, de obicei, în urma intervenției chirurgicale care se practică în cazuri de cataractă. Intervenția constă în extragerea din ochi a cristalinului opac, pentru a permite razelor de lumină să pătrundă spre retină. Deoarece cristalinul posedă o putere de refracție de 10 dioptrii, în afachie vederea poate fi clară numai dacă se privește prin ochelari cu lentile convergente de 10 dioptrii. În mod excepțional, afachia se poate datori eliminării cristalinului prin plăgile perforante ale globului ocular.

afazie, tulburare a funcției limbajului, care constă în imposibilitatea sau greutatea bolnavului de a stabili o comunicare cu cei din jur prin intermediul cuvintelor. Afazia constituie o tulburare a limbajului cortical — superior (deci nu este vorba de o greutate în mișcarea mușchilor care asigură limbajul) și este datorită leziunilor din scoarța cerebrală a emisferei stîngi (emisfera majoră). La stîngaci, emisfera majoră este cea dreaptă. De aceea, afazia nu este numai o tulburare de limbaj, ci se însoțește și de un anumit grad de diminuare a funcțiilor intelectuale. Pentru ca limbajul să fie normal, este necesară integritatea a cel puțin 3 analizatori: auditiv, vizual și motor. Prin intermediul analizatorului auditiv noi luăm contact cu mediul înconjurător, pentru a auzi ce ni se vorbește; cu ajutorul analizatorului vizual luăm contact cu limbajul scris, îl înțelegem și stabilim conduita noastră. Analizatorul motor este efectorul voluntar al limbajului articulat, care asigură înlănțuirea logică a cuvintelor. Înțelegerea și expunerea în cuvinte a fost cîștigată de om cu ajutorul reflexelor condiționate, cuvîntul exprimînd, prin el însuși realitatea obiectivă (așa cum a arătat I.P. Pavlov, cuvîntul devine la om, „semnal al semnalelor"). Funcția vorbirii este unică, deoarece există o interacțiune între cei 3 analizatori, pe de o parte, și între restul scoarței, pe de altă parte. Totuși, atunci cînd o leziune cerebrală predomină în zona corticală a unui analizator, în emisfera stîngă (fiecare analizator se proiectează pe ambele emisfere cerebrale), tulburarea de limbaj va prezenta un caracter corespunzător. Astfel putem deosebi o afazie senzorială, atunci cînd leziunea predomină în teritoriul cortical al analizatorului auditiv sau vizual, sau în ambele teritorii concomitent (în emisfera majoră). Dacă leziunea predomină în teritoriul analizatorului auditiv, tulburarea de limbaj poartă numele de „surditate verbală", cînd bolnavul, deși are auzul păstrat (auzul este reprezentat și pe cealaltă emisferă), nu înțelege sensul cuvintelor, neînțelegîndu-și, de asemenea, nici propriile cuvinte. Așadar, deși vorbește, cuvintele sale nu au înțeles. Așa se întîmplă și cu surzii din naștere. Pentru că sînt surzi, ei sînt și muți (surdomuți). Dacă leziunea predomină în teritoriul analizatorului vizual (emisfera majoră), tulburarea poartă numele de „cecitate verbală" (cecitate = lipsa de vedere). Bolnavul deși vede obiectele din jur (vederea este reprezentată pe ambele emisfere cerebrale) nu înțelege cuvintele scrise. De obicei, în anumite cazuri, după regresiunea fenomenelor de afazie senzorială, bolnavul poate prezenta o afazie denumită „amnestică" (de uitare). În acest caz, ceea ce predomină este faptul că bolnavul nu poate să-și amintească numele obiectelor care i se arată. Dacă leziunea predomină în teritoriul analizatorului motor (lobul frontal), bolnavul poate înțelege cuvintele vorbite sau scrise, dar nu poate să se exprime prin grai. Vorbim atunci de o „afazie motorie". În general nu există bolnavi care să prezinte o afazie pură (senzorială sau motorie) ci o afazie mixtă, predominînd una din formele afaziei și în raport cu sediul și mărimea leziunii cerebrale. Tratamentul afaziei este în primul rînd al cauzei care a determinat-o (ramolismente cerebrale sau hemoragii cerebrale, tumori, inflamații ale creierului). Vindecarea este în raport cu întinderea leziunii și cu vîrsta bolnavului. La vîrstele mai tinere, prin reeducarea limbajului recuperarea este mai mare.

afonie, lipsa de sonoritate a glasului, cu posibilitatea de vorbire în șoaptă. Se întîlnește în diferite afecțiuni ale laringelui care împiedică vibrația și apropierea corzilor vocale (inflamații, tumori, cicatrice). Afonia funcțională apare în suprasolicitarea corzilor vocale sau în emoții, boli psihice.

aftoasă (febră) boală acută infecțioasă și contagioasă a animalelor cu copita despicată (bovine, ovine), caracterizată prin febră și erupție caracteristică (vezicule, apoi ulcerații), localizată pe mucoasa cavității bucale și pe piele la extremitatea membrelor. Agentul patogen este virusul aftos. Rezervorul de virus este format de animalele bolnave. Virusul se găsește în elementele eruptive, pe piele și de asemenea în lapte (și derivate, ca untul) și carnea animalelor bolnave. Boala este extrem de rară la om, interesînd mai ales pe cei care lucrează cu animale (veterinari, îngrijitori de vite, ciobani). Contagiunea se face direct, poarta de intrare fiind pielea sau mucoasele (cu mici zgîrieturi, plăgi) sau indirect pe cale digestivă, prin lapte, unt, brînzeturi (proaspete), carne, provenite de la animale bolnave. *Incubația* durează 4 zile. Boala la om se manifestă cu febră, care durează aproximativ 10 zile și apariția unei erupții, formate din vezicule (numite afte) pe mucoasa bucală, faringe, limbă. Aftele apoi se ulcerează, produc dureri și salivație abundentă. În formele grave, erupția apare și pe piele. Nu există un tratament activ împotriva virusului aftos. *Tratamentul* este local: gargară, antiseptice. *Profilaxia* se face prin sacrificarea animalelor bolnave și carantinarea contacților. La animale se utilizează și vaccinarea cu vaccin antiaftos.

agent patogen (germen patogen, microorganism patogen), ființă foarte mică care nu poate fi văzută cu ochiul liber și care produce boli (patogen însemnează producător de boală). Sînt și microorganisme nepatogene. După anumite criterii (dimensiuni, mod de creștere etc.),

agenții patogeni se împart în: virusuri, rickettsii, bacterii, ciuperci, paraziți. Multe din bolile produse de ei sînt boli contagioase (transmisibile) pentru om sau pentru animale.

aglutinare, aglomerarea unor particule de substanțe, a microbilor sau globulelor roșii în grămezi, sub acțiunea unor substanțe chimice, a anticorpilor, a aglutinogenilor. În practica medicală, fenomenul de aglutinare este utilizat în descoperirea unor boli infecțioase (reacția Bordet-Wassermann), sau pentru evitarea accidentelor de transfuzie (vezi transfuzie).

agorafobie, teamă obsesivă, nejustificată, la unii oameni atunci cînd se găsesc afară într-un spațiu larg, pe cîmp sau în piețe. Este o senzație de neliniște, de teamă, că în orice moment se poate întîmpla ceva grav. Este mai mult o teamă de singurătate, de imposibilitatea de a fi apărat la timp de semenii săi. Agorafobia constituie una din tulburările care apar uneori după emoții mai mari și poate fi găsită în psihastenie, dar și în alte boli psihice. De multe ori se poate manifesta și la cei normali ca urmare a unor întîmplări neplăcute petrecute de obicei la o vîrstă mai tînără.

agranulocitoză, scădere masivă pînă la dispariție a globulelor albe granulocitare. Se întîlnește în cursul unei boli de sînge foarte gravă, caracterizată printr-o stare toxiinfecțioasă, cu febră mare, frisoane, vărsături, diaree și printr-o angină cu ulcerații necrotice care se întind la mucoasa gurii și faringelui. Agranulocitoza apare în urma unor intoxicații medicamentoase (piramidon, săruri de aur, arsenic, bismut, sulfamide, barbiturice) sau profesionale (anilină, benzen), în cursul unor infecții grave, avitaminoze, boli alergice sau la persoane care lucrează în mediu cu radiații ionizante (raze X, izotopi radioactivi). *Profilaxia* agranulocitozei se face prin controlul periodic al hemogramei la persoanele care lucrează în întreprinderi cu substanțe capabile să producă agranulocitoză.

albinism, tulburare apărînd de la naștere și constînd în dispariția totală a pigmentului pielii. Persoanele suferind de albinism au pielea albă ca laptele, perii de asemenea albi sau de un blond foarte palid și culoarea ochilor roz sau albăstruie-deschis. Lipsa pigmentului din piele constituie un inconvenient foarte serios, aceste persoane fiind extrem de sensibile la razele soarelui. O expunere foarte redusă la soare care ar fi perfect suportată de oameni cu pigmentul dezvoltat în mod obișnuit poate produce la albinoși arsuri serioase, însoțite de vezicule și bule. Cauza acestei tulburări fiind necunoscută, vindecarea ei este greu de obținut.

albuminurie, prezență de albumină în urină. Intensitatea albuminuriei se notează cu următoarele semne și calificative: —, absență; ±, urme fine; +, nor vizibil; ++, nor dens (aproximativ 1 g la mie albumină); +++, nor opac (2—3 g la mie); ++++, peste 5 g la mie. Semnificația albuminuriei este din cele mai importante pentru descoperirea și urmărirea bolilor de rinichi, a instalării insuficienței cardiace; în cursul nefrozelor, albuminuria atinge valori mari (chiar 40 g la mie). Ea se poate întîlni în cursul stărilor febrile, cînd are un caracter trecător; dacă persistă (cum se poate întîmpla în cursul unor angine) trebuie luate măsuri urgente de regim și tratament (antibiotice, asanarea focarelor de infecție) pentru a preveni instalarea unor complicații renale greu de vindecat.

alcaline, săruri ale unor acizi slabi cu baze puternice sau hidroxizi ale unor metale ușoare. Soluțiile lor apoase au proprietatea de a reacționa cu acizii tari, neutralizîndu-i. Cel mai utilizat medicament alcalin este *bicarbonatul de sodiu* (mai corect hidrocarbonat de sodiu), pulbere albă, cu gust leșietic și puțin sărat. Se administrează obișnuit *per os* ca pulbere simplă, dizolvat în apă sau în cașete, sau ca pulberi compuse (în formulări magistrale). Ajuns în stomac, reacționează cu acidul clorhidric liber, dînd naștere la sare, apă și bioxid de carbon (gaz). Aceasta explică și efectul lui de liniștire a senzației de arsură a stomacului și eructațiile de gaze care apar după administrarea medicației alcaline. Se administrează la scurtă vreme după mese și în doze nu prea mari. Întrucît de obicei bolnavii depășesc prin abuz cantitatea indicată de alcaline, trebuie arătat că neutralizînd rapid acidul clorhidric din stomac, bicarbonatul în exces declanșează pe cale reflexă o activitate mărită a glandelor secretorii stomacale care vor fabrica mai mult acid clorhidric, pe baza principiului compensării. Preparatele magnezice utilizate ca alcaline acționează mai lent, dar pe o perioadă mai îndelungată decît bicarbonatul de sodiu. În plus, au și un efect ușor laxativ, datorită proprietăților ionului de magneziu. *Oxidul de magneziu* (sau *magnesia usta*) se prezintă ca o pulbere fină, albă, cu un ușor gust amărui. Reacționează cu acidul clorhidric, neutralizîndu-l după ce se transformă în stomac în hidroxid de magneziu. Nu eliberează bioxid de carbon. *Hidroxidul de magneziu* se administrează în suspensie apoasă (7%), deoarece este greu solubil în apă. *Bioxidul de magneziu* este tot o pulbere albă, fără gust și fără miros și care, neutralizînd acidul clorhidric din stomac, degajă oxigen în stare născîndă, reducînd astfel și activitatea secretoare a glandelor stomacale. *Carbonatul de magneziu* are o acțiune similară celorlalte preparate magnezice sau alcaline, pe de o parte, și o acțiune asemănătoare bicarbonatului de sodiu în privința degajării de bioxid de carbon în stomac, pe de altă parte. Medicația alcalină nu epuizează însă mijloacele folosite în combaterea hiperaciditații. În arsenalul terapeutic al acestui simptom (în afară de medicația adresată bolii care cauzează hiperaciditatea) se mai cunosc și medicamentele neutralizante sau adsorbante, medicamentele „schimbătoare de ioni", sau medicamentele care scad direct activitatea secretoare a glandelor gastrice.

alcoolism, în sens strict medical, este o boală produsă de abuzul repetat și în cantități

mari de băuturi alcoolice, pentru consumul cărora individul respectiv manifestă o atracție bolnăvicioasă. În sens mai larg, alcoolismul reprezintă suma efectelor nocive pe care le exercită abuzul de alcool asupra sănătății, existenței, activității și prosperității societății. Alcoolul este o otravă care în caz de *ebrietate acută* se absoarbe repede din stomac și trecînd în sînge acționează asupra celulelor nervoase, provocînd pierderea atenției și controlului. În cursul beției dispare mai întîi raționamentul, după care urmează o stare de hiperexcitabilitate, cu agitație și vorbire fără șir. Acțiunea alcoolului cuprinde treptat elementele sistemului nervos central: dispare capacitatea de percepere a excitațiilor, scade sensibilitatea la durere, mișcările devin incoordonate (mersul împleticit), pînă ce în cele din urmă se instalează un somn adînc. Durata stării de ebrietate acută nu depășește, de obicei, 4—6 ore (pentru un adult de 64 kg, doza mortală este apreciată la 1 l alcool de 40%). *Alcoolismul cronic* se instalează în timp, în urma abuzului prelungit de băuturi spirtoase. Intoxicația lentă a organismului cu alcool, ca și cu toxinele dezvoltate în urma tulburărilor metabolice consecutive, aduce după sine o serie de modificări patologice la nivelul diverselor organe. Astfel, localizarea intoxicației alcoolice la nivelul aparatului digestiv poate da naștere la o serie de afecțiuni: *gastrită alcoolică*, congestia ficatului care poate evolua pînă la *ciroză*. Din partea aparatului cardiovascular poate apărea *miocardita alcoolică*, manifestată prin dilatația inimii cu dispnee, oboseală. Dar cele mai caracteristice tulburări provocate de alcoolismul cronic sînt cele *neuropsihice*. Alcoolismul duce la degradări psihice cu scăderea intelectului și a capacității de muncă, la pierderea sentimentului de datorie față de familie și societate. Alcoolicul manifestă instabilitate, iritabilitate, neîncredere în sine; atenția, voința și capacitatea de creație slăbesc, se instalează astenia sexuală și insomnia. Treptat, alcoolismul conduce către o serie de boli psihice caracteristice: *psihozele alcoolice*, dintre care citățm: *delirium tremens* caracterizat printr-o stare de confuzie cu halucinații vizuale. Această psihoză este precedată de o perioadă de neliniște și insomnie, de accentuarea tremuraturilor care se generalizează la întreg corpul. *Delirium tremens*, poate surveni și brusc, după o perioadă de abstinență completă, o boală, o intervenție chirurgicală sau după un accident, în care cazuri poate deveni fatal. Alcoolismul cronic se mai manifestă și prin dureri la nivelul mușchilor membrelor, uneori cu paralizie: *polinevrita alcoolică*. În general, puterea de rezistență a organismului alcoolicilor este scăzută din cauza subalimentației și carenței în vitamine; din acest motiv, ei cad pradă ușor bolilor intercurente. În beția simplă nu este necesar *tratamentul* decît dacă este vorba de o intoxicație gravă. Atunci se fac spălături gastrice sau golirea stomacului prin vărsături, provocate de injecția cu apomorfină. În ce privește alcoolismul cronic, tratamentul trebuie să înceapă prin încetarea consumului de băuturi alcoolice, măsură care poate fi realizată prin internare într-un spital de psihiatrie. În prima etapă a internării se urmărește dezintoxicația bolnavului cu restabilirea echilibrului nutritiv și vitamină C. Se administrează stricnină și vitaminele B_1, PP (acid nicotinic) complex B. După dezintoxicarea bolnavului se trece la tratament pe baza reflexelor condiționate. Principiul acestui tratament stă în a administra, concomitent cu băutura favorită, o substanță medicamentoasă care provoacă o stare generală rea, cu greață și vărsături. După mai multe asemenea asocieri, senzațiile neplăcute vor apărea în mod reflex condiționat la orice consum de alcool, constituindu-se astfel o adevărată aversiune pentru alcool.

alergie, reactivitate modificată a organismului cînd asupra acestuia acționează în mod repetat diferite substanțe proteice, microbi. Substanțele capabile să provoace modificări de sensibilitate a organismului se numesc *alergeni* sau *antigeni*. La primul lor contact cu organismul, acesta se apără prin formarea unor substanțe antagoniste, specifice fiecărui antigen în parte, denumite *anticorpi*. La o nouă pătrundere a aceleiași substanțe față de care organismul a devenit sensibil, contactul dintre alergen și anticorpul specific dă loc la o reacție care duce la eliberarea unei substanțe denumite histamină. Aceasta declanșează manifestări alergice la nivelul diferitelor organe. Astfel, dacă anticorpii s-au fixat la nivelul bronhiilor și are loc aici reacția dintre alergen și anticorpii săi, atunci se produce o criză de astm bronșic. Cînd sediul lor este mucoasa nazală, stomacul, intestinul, căile biliare, pielea, atunci și tulburările ivite vor fi în legătură cu aceste organe: rinosinuzită, gastrite sau enterocolite alergice, diskinezie biliară, urticarie sau eczemă. *Tratamentul* diverselor manifestări alergice constă într-o *desensibilizare* progresivă și în folosirea substanțelor antihistaminice de sinteză (Romergan, Alergan, Avil, Longifen), a cortizonului, autohemoterapiei, calciului, hiposulfitului de sodiu etc.

alienație (mintală), denumire generală care indică existența unei scăderi globale a funcțiilor psihice. Se întîlnește atît la bolnavii cu tulburări psihice din naștere, cît și la cei care s-au îmbolnăvit după naștere. Nu trebuie confundată cu tulburările psihice de suprasolicitare, adică starea de „nevroză" (vezi nevroză), care nu degradează gîndirea și comportamentul bolnavilor, nu este progresivă și în care dispare, punînd bolnavii în condiții de odihnă cerebrală.

aliment, la baza vieții stau prefaceri biochimice multiple care necesită nevoia imperioasă de a incorpora anumite substanțe din mediul extern. Aceste substanțe găsesc în diferite produse naturale sau industria care formează hrana omului și poartă denumirea generală de alimente. Alimentele îndeplinesc trei roluri: *energetic*, *plastic* și *catalitic*. Rolul energetic constă în furnizarea energiei

care rezultă din transformarea substanțelor alimentare, iar energia eliberată prin arderea acestora în organism se exprimă în calorii. Rolul plastic constă în aportul unor substanțe alimentare la refacerea țesuturilor uzate sau distruse, precum și la formarea țesuturilor noi, în special la vîrsta creșterii. Rolul catalitic se exercită prin acțiunea unor compuși chimici aflați în alimente și care intervin direct în asimilarea și dezasimilarea substanțelor aduse de alimente. Principalele substanțe alimentare sînt: proteinele, glucidele, grăsimile, vitaminele și sărurile minerale. Primele trei au valoare energetică, însă principalele furnizoare de energie sînt glucidele și grăsimile. Proteinele sînt extrem de importante prin funcția lor plastică și de stimulare a unor funcții vitale și ele nu trebuie să lipsească din alimentație. Rol plastic mai au și grăsimile, care pot forma depozite sub piele sau în diverse organe , precum și sărurile minerale (calciul în formarea oaselor, fierul în sinteza hemoglobinei). Rolul catalitic îl îndeplinesc în primul rînd vitaminele, a căror prezență este indispensabilă desfășurării armonioase a tuturor proceselor metabolice. *Alimentație dietetică.* În tratamentul multor boli, alimentația joacă un rol extrem de important. Uneori, regimul alimentar întrece ca importanță medicamentul. Principalele indicații pentru ca alimentația dietetică să dea într-o cît mai largă măsură rezultatele dorite sînt următoarele: regimul alimentar să fie cît mai bine cunoscut de bolnav și în special să fie cunoscute amănuntele regimului legate de particularitățile individuale ale bolnavului; să fie cunoscute nu numai care sînt alimentele interzise și cele permise, dar și modul în care pot fi preparate — din gama alimentelor permise — feluri de mîncare cît mai variate și apetisante (altfel, regimul poate deveni monoton, plictisitor, expunînd fie la denutriție, fie la părăsirea lui); bolnavul să cunoască, dintre alimentele permise, care sînt cele mai prețioase așa-numitele alimente „necesare", care intervin direct și activ în procesul de vindecare (exemplu de aliment necesar: brînza de vaci în dieta după hepatită epidemică); să fie cunoscute și respectate precis anumite indicații speciale privind sarea, consumul de lichide, băuturile alcoolice, ceaiul și cafeaua; regimul să fie respectat fără nici o abatere pe întreaga durată prescrisă, fiind știut că abandonarea lui înainte de vreme poate duce la compromiterea rezultatelor întregului tratament. *Alimentație rațională.* Alimentul este acel factor al mediului înconjurător care exercită cea mai puternică influență asupra organismului uman. De om și numai de el depinde ca această influență să nu fie niciodată negativă, deci greșelile de alimentație să nu expună la îmbolnăviri. Dar nu numai atît! Alimentația este menită să îndeplinească o funcție pozitivă, *să întărească sănătatea,* să consolideze rezistența organismului, capacitatea organismului de a se adapta la acțiunea în continuă schimbare a factorilor de mediu extern și să mărească puterea de muncă. În acest scop, problema de bază este acoperirea, printr-o alimentație rațional organizată, a tuturor nevoilor vitale ale organismului. Iar pentru ca alimentația să fie într-adevăr rațională se cere a da un răspuns corect, în practică, la următoarele întrebări: Ce mîncăm? Cît mîncăm? Cum mîncăm? Cînd mîncăm? a) *Ce mîncăm?* Incontestabil, alimentația trebuie în primul rînd să fie *completă,* adică să procure organismului proteine, glucide, lipide, săruri minerale și vitamine în anumite proporții. Or, nici unul din alimente nu conțin aceste substanțe în proporțiile corespunzătoare nevoilor organismului. De aceea este necesar ca alimentația să fie *variată,* cuprinzînd toate cele 8 grupe în care pot fi împărțite alimentele, în funcție de valoarea lor biologică și de substanțele pe care le conțin. Trebuie subliniat că nu este totul ca alimentația să acopere nevoile energetice ale organismului (prin calcularea rațiilor de 3 000, 4 000, 5 000 sau mai multe calorii pe zi, în funcție de efectuarea unei munci cu efort fizic redus, mediu, crescut etc.). Se mai cere ca alimentația să conțină în proporții satisfăcătoare substanțele cu rol plastic și în primul rînd proteinele, cu așa-numiții aminoacizi esențiali aflați în compoziția lor și care nu pot fi sintetizați în organism din alte substanțe și au o valoare de neînlocuit în desfășurarea normală a unor funcții vitale im-

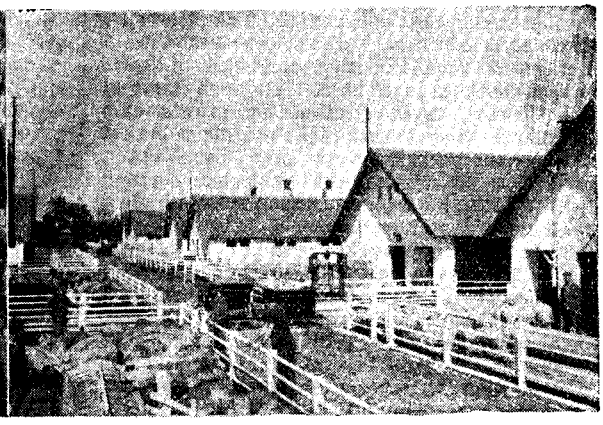
Clasificarea substanțelor alimentare.

portante. Cele 8 grupe de alimente sînt: 1) *lapte* și *brînzeturi.* Acestea constituie o sursă de proteine valoroase, de calciu și vitamine, fiind deosebit de utile pentru dezvoltarea organismului, la vîrsta creșterii, și pentru consolidarea rezistenței la condiții mai grele de muncă. Laptele este însă sărac în unele elemente minerale (fier, cupru, mangan), iar brînzeturile grase, în cantități mari, favorizează hipercolesterolemia; 2) *carne* și *pește.* Sînt foarte bogate în proteine valoroase și

1

2

3



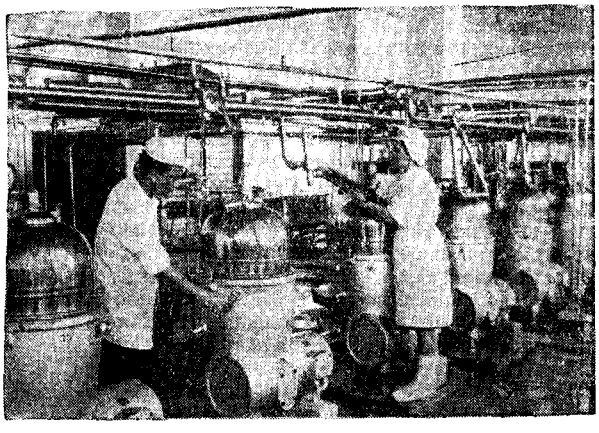
4

1 Secţia de preparare a cărnii la „Antefrig".

2 Produse lactate.

3—4 Producţia de carne, în permanentă creştere

5 Fabrică modernă de lapte.



5

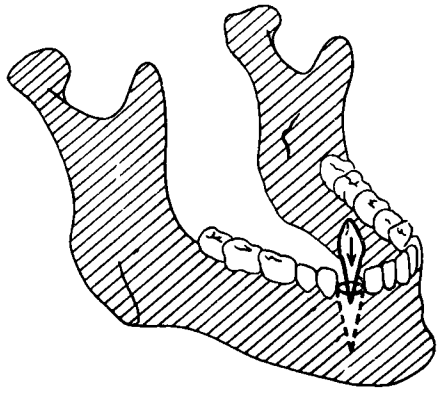
fier, au rol important în creştere, stimulează activitatea nervoasă superioară şi ameliorează capacitatea de muncă. Organele şi mai ales grăsimea de bovine şi ovine au acţiune hipercolesterolemiantă; 3) *ouă.* Conţin proteine de înaltă valoare biologică, numeroase vitamine în cantităţi mari şi grăsimi de calitate. Gălbenuşul conţine mult colesterol (pînă la 2%); 4) *legume* şi *fructe.* Constituie principala sursă de vitamină C, procură glucide şi elemente minerale, stimulează digestia şi conţin o gamă variată de substanţe aromatice. Acoperă însă slab nevoile energetice şi sînt foarte sărace în proteine, neputînd acoperi singure nevoile nutritive ale organismului uman (vezi vegetarianism; 5) *cereale* şi *leguminoase uscate.* Reprezintă cea mai importantă sursă de material energetic, prin glucidele pe care le conţin. Sînt şi o sursă importantă de vitamine din grupul B şi vitamina E. Conţin proteine vegetale, care sînt mult inferioare faţă de proteinele animale; 6) *produse zaharoase* (dulciuri). Constituie o excelentă sursă de energie, pe care o eliberează rapid în cazuri de efort crescut — în producţie, pe terenul de sport sau în excursie. Nu conţin vitamine. Abuzul de produse zaharoase expune la tulburări de nutriţie (obezitate). Dulciurile consumate între mese sau seara la culcare — îndeosebi cele lipicioase, care rămîn aderente la dinţi — favorizează carierea dinţilor; 7) *grăsimi.* Au valoare calorică foarte ridicată şi sînt necesare în special în anotimpul friguros şi pentru cei care depun eforturi fizice mari. Conţin vitaminele A şi D. În cantităţi prea mari, expun la obezitate. Grăsimile animale — spre deosebire de cele vegetale — au acţiune hipercolesterolemiantă; 8) *băuturi.* Rolul principal aparţine apei, necesară în cantitatea de 1 1/2—2 litri pe zi. Alcoolul nu are valoare nutritivă şi nu este niciodată necesar organismului. Cafeaua are acţiune stimulantă, favorizează efortul fizic şi intelectual, dar poate produce tulburări dacă este consumată în exces. În stabilirea elementelor componente ale hranei se va ţine seama că produsele din aceeaşi grupă se pot înlocui unele cu altele, pe cînd cele aparţinînd unor grupe diferite nu se pot înlocui între ele. Deci, principala indicaţie, pentru organizarea raţională a alimentaţiei, este alcătuirea de meniuri variate în care să intre, pe parcursul unei săptămîni, alimente din toate cele 8 grupe enumerate mai sus. b) *Cît mîncăm?* Atît cît este necesar pentru obţinerea senzaţiei normale de saturaţie. Excesele alimentare nu sînt mai puţin periculoase decît alimentaţia insuficientă. În special este importantă evitarea abuzurilor alimentare la persoanele mai în vîrstă, la cei predispuşi la îngrăşare, la suferinzii de inimă. c) *Cum mîncăm?* În aşa fel încît să favorizeze la maximum digestia şi asimilarea, care sînt reglate de sistemul nervos. Cîteva măsuri utile în acest sens sînt următoarele: să existe o ambianţă cît mai plăcută, întreţinută de aranjarea estetică a mesei, prezentarea atrăgătoare a preparatelor culinare, bună dispoziţie (discuţiile neplăcute nu îşi au locul la masă); să nu se citească la masă; să se utilizeze diverse condimente care, dînd mai mult gust mîncărurilor, favorizează secreţia sucurilor digestive, dar să se păstreze totodată măsura în folosirea condimentelor care au acţiune iritantă (ardei iute, boia, oţet, piper, hrean, muştar, ceapă crudă sau prăjită); să se mănînce încet şi să se mestece bine: un aliment bine mestecat este în parte ca şi digerat; să nu se consume prea mult dintr-un singur fel de mîncare, mai ales dacă este bogat în grăsimi; să se reducă consumul de apă în timpul mesei; cel puţin unul din feluri să fie o ciorbă, supă sau o mîncare caldă. d) *Cînd mîncăm?* Pe cît posibil, totdeauna la aceleaşi ore. Ritmicitatea meselor favorizează mult mersul armonios al funcţiilor digestive. Este necesar să mîncăm cel puţin de 3 ori pe zi, repartizînd cantităţile de hrană în felul următor: 30% la micul dejun, 45—50% la masa de prînz şi 20—25% la masa de seară. Pentru copii şi tineret este necesar a introduce una sau două gustări între mesele principale. În sfîrşit, o cerinţă a alimentaţiei raţionale este şi ca alimentele ingerate să fie *salubre,* să nu fie contaminate, să nu transmită microbi, virusuri sau paraziţi intestinali. De aceea sînt de maximă importanţă următoarele măsuri: întreţinerea în perfectă stare de curăţenie a bucătăriei, mobilierului, vaselor şi tuturor obiectelor care servesc la prepararea alimentelor; păstrarea corectă a alimentelor, bine acoperite pentru a fi ferite de praf şi de muşte; instalarea unei site de metal, pe timpul verii, la fereastra bucătăriei; examinarea atentă a alimentelor uşor alterabile, în special în timpul verii, evitarea preparării pentru mai multe zile a unor asemenea alimente şi păstrarea lor numai la rece; separarea atentă a operaţiilor de curăţire a zarzavaturilor de celelalte operaţiuni care se fac la bucătărie; strîngerea gunoiului într-un vas acoperit, evacuat zilnic; îmbrăcarea unui halat sau şorţ special la bucătărie şi grija pentru curăţenia perfectă a mîinilor. *Alimentaţia sugarului.* Alimentaţia reprezintă principalul capitol al îngrijirii copilului la această vîrstă. În primul rînd trebuie avute în vedere următoarele două reguli fundamentale: 1) În zilele noastre alimentaţia — ca şi întreaga îngrijire a copilului mic — nu se poate concepe să fie făcută la întîmplare sau numai după cum se ştie „din bătrîni". Ea trebuie dirijată ştiinţific, iar însuşirea normelor de alimentaţie raţională trebuie făcută cu ajutorul personalului medico-sanitar de specialitate şi al cărţilor de popularizare care se găsesc în librării. 2) Alimentaţia trebuie să fie individualizată, în raport cu particularităţile copilului şi ale mamei, dar numai după îndrumările competente ale medicului şi ale sorei de ocrotire. Reamintim cîteva principii generale: laptele de mamă este alimentul cel mai bun pentru sugar, deoarece conţine în proporţiile cele mai potrivite toate substanţele necesare, se digeră mult mai uşor şi reprezintă un aliment viu, conţinînd intacte vitaminele şi fermenţii pe care fiertul le distruge în laptele

de vacă; pînă la 4—5 luni, laptele de mamă (la care se adaugă zeamă de fructe începînd de la 2—3 luni) este singurul aliment; de la 4—5 luni se adaugă alte alimente (grişul cu lapte, supa de legume, pireul de legume şi de fructe etc.), începînd totdeauna cu o cantitate mică din alimentul nou şi mărind treptat raţia; suptul continuă pînă la 9—10 luni; trecerea la alte alimente („diversificarea") se amînă în timpul căldurilor mari ale verii sau în caz de boală a copilului. Alimentaţia artificială (înlocuirea laptelui de mamă prin lapte de vacă, preparat în mod special) este de nedorit. Nu trebuie să se recurgă la alimentaţia artificială de cît în cazuri bine justificate, cînd mama nu poate alăpta. Copilul alimentat artificial trebuie supus unui control medical sistematic.

alopecie, cădere mai mult sau mai puţin masivă a părului, localizată în regiuni restrînse (alopecie localizată) sau întinsă la întreaga piele a capului (calviţie) sau chiar la toate părţile păroase ale organismului (alopecie generalizată). Motivele căderii părului sînt foarte numeroase, unele cunoscute şi care pot fi îndepărtate, altele necunoscute încă. De cele mai multe ori, în special la bărbaţi, alopecia este însoţită de stare de seboree, care constă în formarea exagerată de grăsime pe pielea capului. Firul de păr, literalmente sufocat, nu se mai poate regenera în mod normal, cade şi nu mai este înlocuit de un alt fir normal. Alopecia seboreică începe la colţurile frunţii şi în vîrful capului şi, neîngrijită, duce la o rărire din ce în ce mai importantă a părului, pînă ce se instalează o calviţie completă. Alopecii difuze mai pot apărea în urma unei boli infecţioase, în care temperatura a crescut peste 39°, după anumite stări şocante (operaţii, emoţii puternice, naştere), în urma unor tratamente în care s-a urmărit îndepărtarea perilor (roentgenterapia sau taliuterapia, aplicate pentru tratarea îmbolnăvirilor prin ciuperci ale pielii capului), în anumite stări însoţite de o slăbire mare a organismului (leucemii, cancere, diabet), în anumite boli proprii ale firului de păr ca moniletrix (peri inegali ca grosime, rupîndu-se uşor), tricoclazie (fragilitate mare a firului de păr), sau după greşeli în îngrijirea părului, cum ar fi spălatul prea des, în special cu săpunuri alcaline, vopsirea repetată şi permanente prea dese. Spre deosebire de alopeciile difuze descrise mai sus, căderea părului se mai poate produce şi pe suprafeţe mai restrînse, cum ar fi în peladă, micozele pielii capului, foliculitele profunde, în cazul localizării în pielea capului a lupusului eritematos, sclerodermiei lichenului plan. Căderea părului poate fi definitivă, realizînd alopecia cicatriceală, cum ar fi după foliculitele profunde, lupusul eritematos, sclerodermie, în cazul unei supradozări de raze X, în alopecia seboreică înaintată sau reversibilă, rădăcina părului nefiind distrusă, ca după boli febrile, peladă, micoze (în afară de favus), alopecia seboreică incipientă. Tratamentul căderii părului va urmări mai întîi eliminarea cauzei care a dus la această stare (spre exemplu tratamentul local cu sulf în stările seboreice). Este bine să se asocieze totdeauna o igienă corespunzătoare a părului, activarea circulaţiei în pielea capului prin fricţiuni uscate, raze ultraviolete, pilocarpină şi un tratament general (corticoizi, vitamine, gerovital, arsenic, hormoni).

aluniţă, mică tumoretă de culoare brună la suprafaţa pielii, făcînd parte din grupul nevilor (vezi nevi).

alveolă, cavitate deschisă existentă în oasele maxilare la locul de implantare a dinţilor şi în plămîni (vezi plămîn-alveolă pulmonară).



Alveolă dentară.

amalgam dentar, material întrebuinţat mai ales pentru obturaţii (plombe) şi mai puţin în tehnica dentară. Se prepară în momentul utilizării, din mercur şi praf sau splitere de argint, cupru, aur etc. Amalgamul de cupru are şi acţiune uşor antiseptică şi se utilizează la obturaţiile dinţilor de lapte. Acest material este plastic, în momentul aplicării putîndu-se modela perfect pentru a reda forma anatomică a dintelui cariat, fiind totodată foarte rezistent la presiunile de masticaţie, deoarece el se întăreşte, luînd duritatea metalelor. Amalgamul se întrebuinţează pentru cavităţile de molari şi premolari, căci din punct de vedere estetic (fizionomic) nu are aspect corespunzător. Are durabilitate mare şi se întăreşte abia după circa 3 ore, timp în care pacientul nu trebuie să se alimenteze.

Amara, staţiune balneară situată la o distanţă de 6 km de localitatea Slobozia, în plin Bărăgan. Altitudinea de 30 m a staţiunii, condiţiile de stepă, cu zile foarte călduroase şi nopţi răcoroase în timpul verii, determină un climat excitant, care cere din partea funcţiunilor organismului eforturi mari de adaptare; la acestea nu pot face faţă bolnavii lipsiţi de rezistenţă. În schimb, acest climat călduros şi uscat duce la apariţia unor transpiraţii abundente, care uşurează funcţia de depurare a rinichiului. Principalul factor natural al staţiunii este lacul Amara, a cărui apă are o concentraţie de peste 28 g săruri la litru,

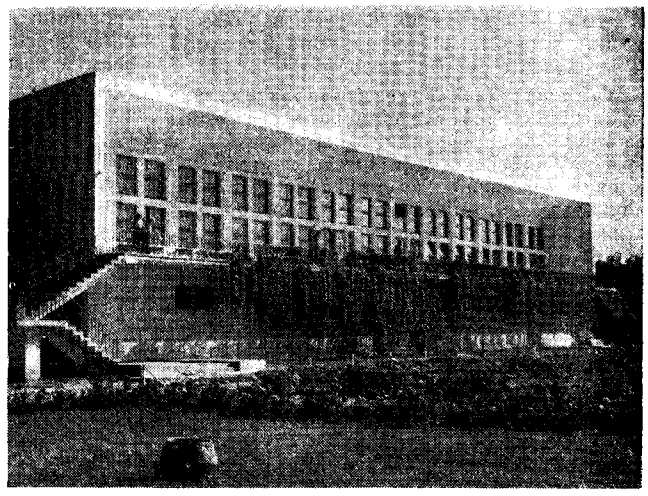
conținînd cloruri și sulfați de sodiu și de magneziu. Pe fundul lacului există un nămol verzui, unsuros, asemănător celui de Tekirghiol, utilizat ca și acesta pentru ungeri și împachetări. Cura cu factorii naturali din stațiune se recomandă în boli ale aparatului locomotor, boli de femei, de piele, endocrine, tuberculoză osteo-artro-ganglionară stabilizată, nevrite, sechele după poliomielită. Nu se indică trimiterea în stațiunea Amara în cazurile de tuberculoză pulmonară evolutivă, astm, nevroză astenică, boală Basedow, boli circulatorii necompensate.

amauroză, pierderea vederii la un ochi sau la ambii ochi. Termen utilizat în trecut pentru cazurile de orbire la care nu s-a putut pune în evidență vreo leziune.

ambliopie, scădere a puterii vizuale, mai mult sau mai puțin pronunțată, fără pierderea completă a vederii. Ambliopia poate fi datorită unor cauze organice (opacități ale mediilor transparente ale ochiului și defectele la nivelul retinei și nervului optic) sau unor tulburări de ordin funcțional (în strabismul monolateral, în isterie). În ambliopiile de cauză organică se pot utiliza ochelari telescopici, care măresc mult imaginile. Pentru instruirea școlară a copiilor ambliopi există școli speciale, care au scopul de a le ușura procesul de învățămînt.

ambulator, denumire dată unităților medicale care acordă asistență bolnavilor care se pot deplasa. În această categorie intră: dispensarele de circumscripție sanitară teritorială și de întreprindere, policlinicile de adulți și copii, dispensarele de stomatologie, dispensarele oncologice, dispensarele pentru sportivi, centrele antirabice etc. Dezvoltarea asistenței medicale ambulatorii, înmulțirea numărului de unități și dotarea acestora cu aparataj și instrumentar modern constituie azi o preocupare centrală a organelor de conducere a ocrotirii sănătății în țara noastră.

amenoree, absența menstruației. Amenoreea poate fi primitivă atunci cînd menstruația nu apare de loc în cursul vieții și secundară dacă ea se oprește după o perioadă de menstruații normală. Amenoreea este normală, fiziologică, înainte de pubertate, în timpul sarcinii și alăptării și după instalarea menopauzei. În general, la o femeie tînără, amenoreea se instalează cel mai des datorită sarcinii. În toate celelalte cazuri, amenoreea constituie un fenomen patologic. Amenoreea patologică poate fi temporară sau definitivă. Amenoreea temporară poate fi provocată de diferite boli generale, ca: febră tifoidă, tuberculoză, malarie, diabet. Amenoreea se poate instala după chiuretaje, radioterapie, intervenții chirurgicale pe aparatul genital feminin și boli endocrine. Surmenajul, stările de subnutriție, emoțiile puternice, pot provoca de asemenea amenoree. Din această categorie face parte și așa-numita „amenoree de război". Indiferent de cauza care o produce, amenoreea patologică trebuie tratată de medicul ginecolog și endocrinolog fiindcă încetarea menstruației indică o tulburare gravă a întregului organism.



La băile Amara.

amigdalită, inflamarea amigdalelor (vezi angină).

amiloidoză, depunerea la nivelul țesuturilor și încărcarea unor viscere, mai ales a ficatului, rinichiului, splinei cu o substanță specială care seamănă la prima înfățișare cu amidonul (de aici, savantul Virchow a denumit-o *amiloid*). Natura exactă a acestei substanțe nu se cunoaște nici astăzi, dar s-au precizat reacțiile chimice pentru punerea ei în evidență. Amiloidoza se instalează în cursul altor boli, cu deosebire după supurații prelungite, tuberculoză, sifilis, agravînd și mai mult starea bolnavului. Multă vreme, ea poate rămîne nedescoperită. Manifestările ei principale sînt edemul cu albuminurie masivă, creșterea în volum a ficatului sau splinei (hepato- sau splenomegalie), tulburările digestive (diaree).

amnezie, pierderea memoriei actelor întîmplate pe o anumită perioadă de timp. Deosebim o amnezie lacunară, cînd bolnavul nu știe ce s-a petrecut cu el o perioadă scurtă, păstrînd intactă memoria dinainte sau după această criză. Ea este caracteristică la epileptici după criză, cînd bolnavul nu știe ce s-a petrecut cu el în timpul crizei. Alteori bolnavul nu își amintește de toată perioada vieții dinaintea bolii (amnezie retrogradă) sau invers, nu mai reține faptele petrecute după apariția bolii, cum se întîmplă uneori la bătrînii cu tulburări

psihice de involuţie (amnezie anterogradă). Tratamentul se adresează bolii care a determinat-o.

amorţeală — vezi parestezie.

anaerobioză, viaţă în lipsa oxigenului din aer. Termenul se foloseşte în special la bacteriile anaerobe care trăiesc şi se multiplică în absenţa aerului atmosferic. Sînt bacterii strict anaerobe, care nu se pot dezvolta în prezenţa aerului, şi facultativ anaerobe, care se dezvoltă şi în prezenţa lui (în aerobioză).

anafilaxie, stare de reactivitate crescută a organismului faţă de administrarea repetată parenteral (adică ocolind calea digestivă) a unei proteine de la altă specie, netoxică (de pildă un ser sanguin provenind de la un animal, albuşul de ou). Injectarea pentru prima dată a unei astfel de proteine nu are efecte nocive, dar ea dă naştere în organismul injectat unor anticorpi specifici. La 10—12 zile de la injecţie se creează în organism o stare de sensibilizare, adică de reactivitate crescută a organismului faţă de această proteină. O dată instalată această stare, ea se păstrează vreme îndelungată, uneori toată viaţa. Manifestarea maximă a acestei stări de sensibilizare se observă după 3—4 săptămîni de la injectarea dozei care a determinat-o. Dacă după instaurarea stării de sensibilizare se administrează pe cale parenterală aceeaşi proteină, se produc în organism tulburări grave care pot îmbrăca aspectul de. *şoc anafilactic*, capabil uneori să ducă la moarte. La om şocul anafilactic se observă rar. Mai frecvent se întîlneşte *boala serică*, după folosirea repetată a unor seruri sau vaccinuri. În aceste cazuri este recomandabil să se aplice metoda desensibilizării după procedeul Besredka, care constă în introducerea unei cantităţi reduse (1 ml) din serul respectiv înainte cu 1—2 ore de administrarea întregii doze.

analeptic, medicament de origine vegetală sau sintetică, recomandat în special în deprimarea funcţiilor sistemului nervos central, cardiovascular sau respirator. Are o acţiune excitantă asupra proceselor nervoase, întărind activitatea de comandă a creierului în reglarea respiraţiei şi circulaţiei. O acţiune periferică este semnalată la unele medicamente analeptice (vezi cafeină). Analepticele extrase din vegetale, ca stricnina sau cafeina, sînt substanţe care în doze obişnuite au un efect tonic de îmbunătăţire a activităţii organismului, dar care în doze mari acţionează ca, otrăvuri puternice (primele două fiind de mult folosite de băştinaşii din Insulele Pacificului ca otravă pentru săgeţi). Analepticele sintetice sînt mai curent întrebuinţate şi în industria medicamentoasă sînt cunoscute: Pentazolul, Cordiamina. Acestea sînt indicate mai ales în intoxicaţii cu somnifere (luminal şi derivaţi) în asfixii cu oxid de cărbune (mangalul ars incomplet), în înec, electrocutare, precum şi în boli grave contagioase, stări de depresiune psihică etc. Acţionînd aproape numai prin intermediul sistemului nervos central, ele nu sînt indicate în cazurile în care cauza îmbolnăvirii este periferică (plămîni sau inimă).

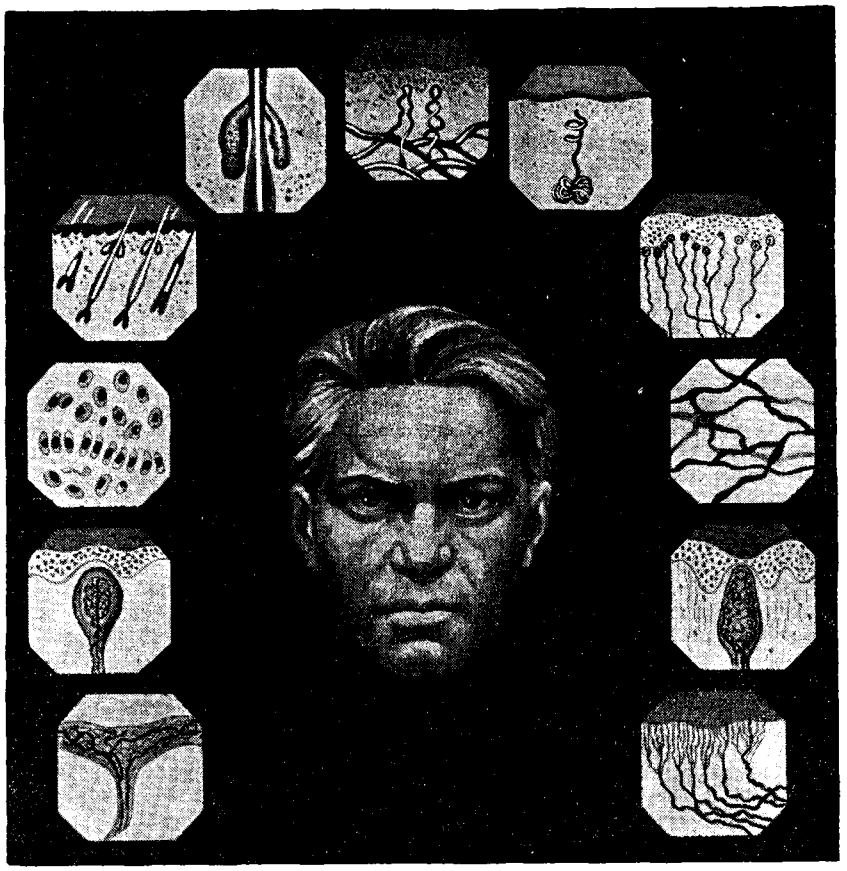
analgezia durerii la naştere, complex de măsuri pentru diminuarea durerilor din timpul naşterii. Astăzi este dovedit că vechea credinţă a necesităţii durerilor de naştere, ca şi a inevitabilităţii lor este greşită. Durerile de naştere, ca orice durere, duc la epuizarea sistemului nervos şi de aceea diminuarea sau chiar suprimarea lor este utilă pentru desfăşurarea normală a naşterii. Pentru atingerea acestui scop se folosesc două metode: 1) metoda psihoprofilactică a atenuării durerilor de naştere; 2) metoda farmacologică-medicamentoasă. Metoda psihoprofilactică pregăteşte femeia pentru naştere printr-un număr de lecţii ţinute în timpul graviditătii. În aceste lecţii se arată femeii mecanismul naşterii, fiind prevenită asupra senzaţiilor pe care le va avea în timpul naşterii. De asemenea, gravida va fi învăţată cum să respire în timpul perioadei de dilataţie şi a celei de expulzie şi cum să execute o serie de mişcări de masaj, care contribuie la diminuarea senzaţiilor dureroase. Metoda farmacologică constă în administrarea de medicamente care se adresează fie centrilor nervoşi superiori, cu scopul de a diminua sau suprima percepţia dureroasă, fie în administrarea de substanţe anestezice care să împiedice transmiterea senzaţiilor dureroase de la bazin către centrii corticali ai creierului. Utilizarea substanţelor medicamentoase trebuie făcută cu prudenţă şi în anumite momente, deoarece ele pot influenţa în rău desfăşurarea normală a contracţiilor uterine sau pot cauza suferinţă fătului.

analgezice, substanţe care sedează durerea, acţionînd la nivelul sistemului nervos central. Senzaţia de durere este o reacţie a organismului care semnalează periclitarea integrităţii sau a sănătăţii organismului şi care apare ca rezultat al excitării puternice a corpului sau a unor organe interne. Ea presupune excitarea unor receptori nervoşi periferici sau ai organelor interne, căi nervoase de transmitere şi centri nervoşi (talamusul şi scoarţa cerebrală). Putem deosebi o durere „talamică" prin afectarea organelor interne, durere care apare lent, este imprecisă ca localizare şi se termină gradat după încetarea cauzei care a provocat-o. Spre deosebire, durerea „corticală" este mai promptă, cu localizare precisă, ea fiind tipul de durere care ia naştere în cazul afectării organismului la nivelul dintre acesta şi mediul înconjurător. Astfel, analgezicele pot fi împărţite în: analgezice de tip cortical (grupul „opiaceelor", de exemplu morfina) şi analgezice de tip talamic, care au şi o acţiune de scădere a hipertermiei (grupul antipiretice-analgezice, de exemplu derivaţii de acid salicilic, de pirazolchinoleină sau de hidrazină). În afară de acest mecanism central de sedarea durerii se mai poate acţiona şi printr-un mecanism periferic, iar substanţele care opresc durerea prin acţiunea asupra terminaţiilor nervoase periferice au luat denumirea

de „anestezice" locale (ca procaina, cocaina, anestezina).

analiză (cantitativă, calitativă), metodă folosită în biologie, medicină, chimie, mineralogie, chimie farmaceutică, industrie, la stabilirea calitativă și cantitativă a diverselor substanțe chimice simple din componența unor produși complecși. a) *Analiza calitativă*, în medicină, determină compoziția calitativă a unei combinații chimice complexe sau a unui amestec de diferite combinații chimice (de exemplu, determinarea prezenței glucozei în urină). b) *Analiza cantitativă*, determină proporția diferitelor substanțe cercetate, stabilește conținutul cantitativ al fiecărui element semnalat de analiza calitativă (de exemplu, determinarea în grame a glucozei din 1 000 ml urină).

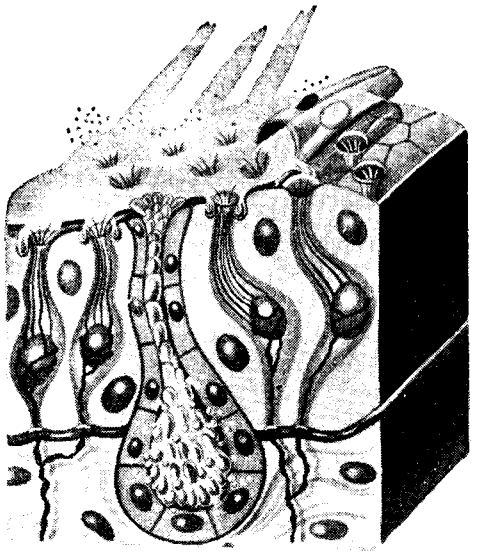
analizor (analizator), sistem funcțional format din: a) receptor de excitații; b) căi nervoase de conducere; c) zona de proiecție pe scoarța cerebrală a analizorului respectiv. Elementele nervoase care primesc excitațiile din afara sau dinăuntrul corpului (de la organele interne, oase, mușchi) se numesc *receptori*. Ei se pot găsi fie sub forma unor terminații nervoase izolate, fie în cadrul unor organe complexe de simț, cum sînt ochiul și urechea. Receptorii transformă excitațiile primite (lumină, sunet, temperatură) în impulsuri nervoase care sînt transmise către creier prin căile nervoase de conducere, reprezentate de nervii senzitivi, senzoriali și de fascicule de fibre nervoase ascendente din măduva spinării, bulb (vezi sistemul nervos). Pe scoarța cerebrală există zone anumite în care ajung diferitele feluri de impulsuri nervoase, aceste regiuni numindu-se zone de proiecție a analizorilor. Dacă receptorii și căile de transmisie asigură recepția excitațiilor și semnalizarea lor către creier, zonele de proiecție asigură analiza și sinteza impulsurilor primite, făcînd posibilă apariția senzațiilor, a gîndirii. Principalii analizori din organism sînt alcătuiți astfel:



Analizorul cutanat. Diferite tipuri de terminații nervoase în piele.

Analizorul senzitiv: pielea, separînd corpul de mediul extern, conține corpusculi nervoși care sînt receptorii excitanților termici, tactili dureroși. Prin nervii senzitivi și unele fascicule

ascendente din sistemul nervos central, căi de conducere, impulsurile nervoase ajung în zona de proiecție situată pe creier în spatele sciz urii Rolando. *Analizorul vizual*: retina fiind o parte componentă a ochiului (vezi ochi) asigură recepția excitațiilor vizuale care prin



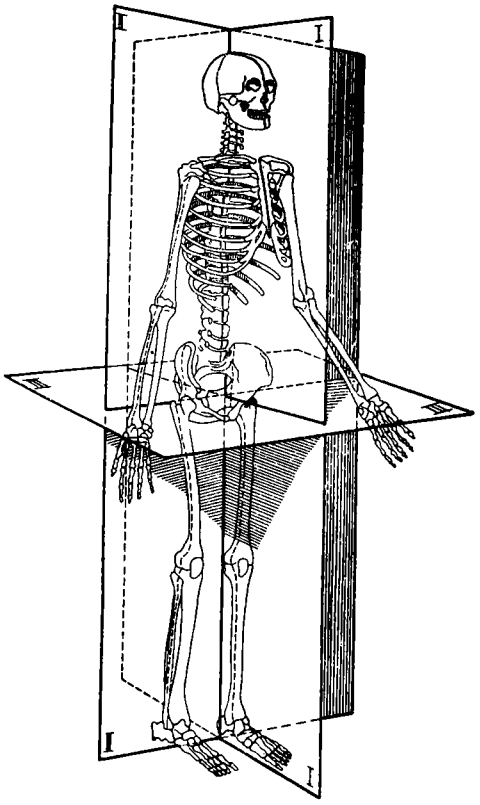
Mucoasă nazală cu celule senzoriale olfactive (secțiune spațială schematică).

căile optice de transmisie ajung în zona de proiecție vizuală situată pe scoarța cerebrală în lobii occipitali (în regiunea cefei). *Analizorul olfactiv*: mucoasa olfactivă din partea superioară a cavităților nazale recepționează excitațiile olfactive (de miros) ce sînt apoi transmise în partea inferioară a creierului, în lobii temporali. *Analizorul auditiv*: organul Corti (numit astfel după numele celui care l-a descris) este situat în așa-numita *ureche internă*, asigurînd recepția excitanților auditivi (zgomote, sunete). Pe calea nervilor acustici, excitațiile primite sînt transmise sub formă de impulsuri nervoase în zona de proiecție a analizorului acustic, situată în lobii temporali. *Analizorul gustativ*: mugurii gustativi din papilele mucoasei linguale reprezintă receptorii excitațiilor gustative. Prin căile de transmisie din unii nervi cranieni (vezi nervi cranieni), impulsurile ajung în lobii temporal și parietal, unde se găsește zona de proiecție a analizorului gustativ. *Analizorul locomotor*: proprioceptorii sînt terminații nervoase (receptori) din mușchi, articulații, oase, care transmit către scoarța cerebrală impulsuri referitoare la poziția oaselor și starea de contracție a mușchilor. Zona de proiecție a analizorului locomotor este situată în regiunea în care apar și impulsurile nervoase prin care se asigură mișcările aparatului locomotor. Noțiunea de *analizor* a fost introdusă în fiziologie și medicină de fiziologul rus I.P. Pavlov la începutul secolului nostru și a reprezentat o modalitate superioară de interpretare a structurii și funcționării organelor de simț, legate de activitatea sistemului nervos central. În concepția lui I.P. Pavlov, activitatea organelor de simț nu mai poate fi privită în mod izolat, ci este înțeleasă doar ca parte a unui sistem funcțional reprezentat de fiecare analizor în parte. Prin analizori, creierul intră în legătură cu excitanții dinăuntru și dinafara organismului și își poate exercita activitatea sa complexă în mod corespunzător, adecvat solicitărilor (excitațiilor) primite. Pentru completarea cunoașterii structurii și funcției analizorilor se recomandă consultarea textelor care explică termenii de: limbă, ochi, ureche, nas, sistem nervos, nervi.

anastomoză, stabilirea unei comunicări între două organe cavitare, canale sau vase, cu scopul de a crea o nouă cale deasupra unui obstacol sau o derivație. *Exemple*: anastomoza gastro-intestinală, coledoco-duodenală, uretero-intestinală, porto-cavă. Impropriu se folosește termenul de anastomoză și pentru legătura dintre doi nervi.

anatomie, știință biologică ce studiază forma și structura organismelor în ansamblu și a diferitelor părți componente ale acestora. Acumularea noțiunilor anatomice a mers paralel cu dezvoltarea cunoștințelor medicale în general. În antichitatea orientului îndepărtat (China, India), la egipteni, greci și romani, medicina a avut inițial caracter sacerdotal, fiind practicată în special de preoți și abia ulterior și de reprezentanți ai culturii timpului (filozofi) sau medici specializați în anumite tratamente. Noțiunile de anatomie umană au fost limitate la cunoașterea principalelor organe despre structura și funcția cărora se puteau face doar presupuneri (Hippocrat — secolul al V-lea î.e.n. — presupunea că în corp există 4 umori: sînge, flegmă, bilă galbenă și bilă neagră, care sînt răspunzătoare de starea de sănătate și boală). Noțiunile de anatomie și medicină au fost reunite de medicul roman Galen (secolul al II-lea) și au servit multe secole ca bază pentru arta medicală, nimic nou neputîndu-se adăuga din cauza interzicerii impuse de biserică disecției pe om. Deși se pare că asemenea disecții fuseseră practicate pe trupurile condamnaților la moarte de către egipteni și în secolul al XIII-lea de medicii din Salerno, mai toate noțiunile de anatomie se bazau pe disecția animalelor, iar interpretarea acestor date a fost eronată, amestecată cu o concepție idealistă, presupunîndu-se de exemplu, că sufletul sau un spirit vital și-ar avea sediul în inimă, creier, ficat, că arterele sînt conducte pentru aer ș.a.m.d. Prima descriere anatomică mai completă a corpului omenesc a fost făcută de medicul flamand Vesal (1514—1554), care arată primul că inima este împărțită în două jumătăți complet separate printr-un perete despărțitor. Au urmat descrieri mai amănunțite ale circulației mici

(Servet, 1553), circulației mari (Harwey, 1619), organelor digestive, rinichilor. Apariția microscopului a dat posibilitatea cercetării structurii intime a țesuturilor și organelor de către Malpighy, Morgagni, Bichat, Schwann ș.a. Astfel, secolele al XVI-lea, al XVII-lea și al XVIII-lea



Planurile de orientare ale corpului uman: *I* — plan sagital; *II* — plan frontal; *III* — plan transversal sau orizontal.

au dărîmat concepțiile vechilor anatomiști și au pus bazele noțiunilor moderne de anatomie, cîștigate prin diferite metode. Metoda principală de cercetare anatomică a fost și rămîne disecția. Uneori ea se practica pe organisme vii în care caz poartă numele de vivisecție. Pentru studiul topografiei diferitelor organe, medicul rus Pirogov a executat secțiuni pe cadavre înghețate. Injectarea cu diferite substanțe colorante a vaselor a permis urmărirea așezării și legăturii acestora. Injectarea de mercur, de substanțe opace la raze X (cu fotografierea ulterioară) sau a unor substanțe plastice iau forma vaselor după solidificare (cu distrugerea celorlalte țesuturi prin introducerea organelor în acizi tari) au permis, de asemenea, studii privind structura vasculară fină a diferitelor părți din organism. Cercetarea histologică cu ajutorul microscopului optic (în ultimii ani și cu microscopul electronic), precum și cele de analiză chimică au îmbogățit mult cunoștințele privind structura fină a celulelor și țesuturilor din corp. Utilizîndu-se metoda radiologică s-au putut urmări structura scheletului și dezvoltarea oaselor la diferite vîrste, iar metodele antropometrice (de măsurare a dimensiunilor corpului omenesc) au completat, de asemenea, cunoștințele mai vechi de anatomie. Date fiind numeroasele aspecte atît în ceea ce privește metodica și materialul de cercetare, precum și scopul principal al sistematizării cunoștințelor de anatomie, sînt cunoscute astăzi mai multe discipline anatomice: a) *Anatomia topografică* studiază amănunțit pozițiile și raporturile topografice ale organelor în corp. Noțiunile furnizate de ea sînt deosebit de utile pentru practica chirurgicală. b) *Anatomia patologică* studiază modificările de formă și structură care apar în diferite organe ca urmare a îmbolnăvirii lor. Cercetarea anatomo-patologică se poate face, fie pe fragmente de organe vii (biopsie), fie pe fragmente de organe recoltate de la cadavre (necropsie). c) *Anatomia artistică* studiază în special laturile estetice ale alcătuirii corpului omenesc (dimensiuni, proporții, reliefuri în repaus și în mișcare). d) *Anatomia comparată* studiază forma și structura organismelor la diferite specii, comparativ în legătură cu evoluția lor filogenetică. În ceea ce privește anatomia generală a omului normal, ea mai poartă și numele de *anatomie descriptivă*, cuprinzînd mai multe capitole în care sînt descrise: oasele (osteologie); articulațiile (artrologie); mușchii (miologie); organele interne viscerele (splanhnologie); vasele (angiologie); sistemul nervos (neurologie). Descrierea anatomică a caracterelor ce pot fi văzute cu ochiul liber poartă numele de descriere macroscopică, iar cea făcută cu ajutorul microscopului se numește descriere microscopică. Pentru a arăta alcătuirea corpului și așezarea diferitelor lui părți se delimitează anumite regiuni (cap, abdomen, torace). Pentru a exprima poziția în spațiu față de planurile orizontal și vertical sînt utilizate planurile și indicațiile de: anterior, lateral, posterior. Sensul mișcărilor (de apropiere sau depărtare a două segmente) sau de apropiere sau îndepărtare de centrul corpului sau de anumite axe arbitrare poartă de asemenea, anumite denumiri. Studiul anatomiei stă la baza cunoștințelor studenților de la institutele de medicină și farmacie, constituind un obiect ce se predă în mai mulți ani. În institutele de medicină veterinară și biologie, precum și în cel de arte plastice, studiul anatomiei umane sau vegetale, al anatomiei comparate și al anatomiei artistice reprezintă, de asemenea, obiecte de studiu în primii ani de învățămînt. În școlile tehnice sanitare, precum și în învățămîntul mediu general se predau noțiuni de anatomie legate de necesitatea unei culturi generale în mod special acelor ce vor lucra în mediul sanitar.

anatoxină, toxină microbiană detoxificată (care și-a pierdut puterea toxică), păstrîndu-și

însă puterea antigenică. Toxinele microbiene (substanţe otrăvitoare produse de unii microbi), pe lîngă acţiunea nocivă asupra organismului, au şi calitatea de a declanşa formarea în organism de anticorpi antitoxici (substanţe care apar în sînge şi neutralizează toxina care le-a produs), adică au putere antigenică. Un organism care conţine anticorpi antitoxici în sînge specifici faţă de o toxină anumită este imun, adică nu poate face boala respectivă. Toxinele microbiene, tratate în laborator în anumite moduri, îşi pierd puterea toxică, păstrîndu-şi puterea antigenică (anatoxină). Anatoxinele se utilizează în profilaxia anumitor boli contagioase: *anatoxina difterică* conţine toxină difterică detoxifiată, dar cu putere antigenică. Se utilizează pentru vaccinare împotriva difteriei. Copiii vaccinaţi cu anatoxină difterică nu mai fac difterie; *anatoxina tetanică* se utilizează în profilaxia tetanosului; *anatoxina stafilococică* se utilizează în profilaxia infecţiilor stafilococice.

anchetă epidemiologică, totalitatea cercetărilor care se fac prin interogarea bolnavului de o boală contagioasă, prin culegerea de informaţii de la cei din jur (familie, rude, vecini), prin diverse analize de laborator, uneori prin culegerea de diverse date topografice, date privind starea igienică de salubritate şi culturală a unei colectivităţi, avînd ca scop descoperirea sursei de infecţie şi a căilor de transmitere, care au dus la apariţia bolii contagioase. Ancheta epidemiologică se face atît în cazul apariţiei de cazuri sporadice, cît şi în caz de epidemie. Totalitatea datelor obţinute vor determina luarea unor măsuri de profilaxie în vederea împiedicării apariţiei de cazuri noi. Ancheta epidemiologică se face în focar, adică în locul unde au apărut cazul sau cazurile de boli contagioase, şi este efectuată de medici epidemiologi, igienişti, bacteriologi, personal sanitar mediu (felceri, asistenţi medicali, agenţi sanitari).

anchiloză, pierderea mobilităţii unei articulaţii consecutiv unui proces inflamator de durată, unei imobilizări prelungite unei fracturi intraarticulare sau unei intervenţii chirurgicale. Anchiloza se realizează prin ţesut fibros sau punţi osoase, care unesc suprafeţele articulare ale oaselor, limitînd, reducînd sau suprimînd complet mişcările la acest nivel. Cînd articulaţia este fixată într-o atitudine care împiedică utilizarea membrului, anchiloza este vicioasă şi trebuie corectată ortopedic sau chirurgical.

anemie, boală caracterizată prin reducerea globală a sîngelui sau prin modificări cantitative privind toate elementele acestuia sau numai unele dintre ele: scăderea numărului de globule roşii sau a componentului principal al acestor globule, hemoglobina. Oricum ar fi, anemia provoacă un aport insuficient de oxigen şi de substanţe nutritive necesare organismului. Simptomele anemiei sînt paliditatea tegumentelor, slăbiciune, ameţeală, iar în formele survenite brusc, pierderea cunoştinţei. Examenul sîngelui constată scăderea numărului de globule roşii şi a hemoglobinei. Una din cauzele frecvente de anemie este pierderea de sînge în urma rănilor, ulcerului complicat, rupturii varicelor esofagiene, hemoptiziilor, rupturilor de sarcină extrauterină, avorturilor. Această formă este *anemia acută* şi se caracterizează printr-o scădere masivă a masei totale a sîngelui. *Anemia cronică* se instalează în urma pierderilor repetate de sînge, chiar în cantităţi reduse (hemoroizi, fibrom). În această formă, masa sanguină nu scade, dar se reduce numărul de hematii şi cantitatea de hemoglobină. Alte forme de anemie se produc în urma distrugerii exagerate a globulelor roşii; în aceste anemii are loc un proces de *hemoliză*, din care cauză sînt denumite *hemolitice*. Acestea survin din cauza unor transfuzii cu sînge incompatibil, în unele boli infecţioase sau în urma intoxicaţiilor cu arsenic, fosfor, venin de şarpe. Mai sînt alte anemii hemolitice cronice, înnăscute sau dobîndite, în care procesul de hemoliză se datoreşte unei fragilităţi crescute a hematiilor. Ele se însoţesc uneori de mărirea de volum a splinei (splenomegalie), căci acest organ, la nivelul căruia şi în mod normal are loc distrugerea lentă a hematiilor bătrîne, îşi sporeşte mult activitatea în cursul acestor anemii, devenind dintr-un „cimitir al hematiilor, abatorul lor". Un grup mare de anemii îşi are originea în *tulburările hematopoiezei*, traducînd astfel incapacitatea organelor producătoare de hematii (măduva oaselor) de a pune în circulaţie globule roşii mature, capabile de a-şi îndeplini funcţiile. Se mai disting şi aşa-zise *anemii feriprive*. Fierul intră în compoziţia hemoglobinei şi ca atare este necesar la constituirea hematiilor. El este introdus în organism o dată cu alimentele, dar resorbţia şi asimilarea lui pot fi tulburate din diferite cauze: absenţa acidului clorhidric din sucul gastric (rezecţie gastrică, gastrite, diaree cronică), unii viermi intestinali. Altă formă de anemie este cea *pernicioasă*, produsă de lipsa din organism a vitaminei B_{12} din cauza unei tulburări ivite în asimilarea acesteia. *Tratamentul* urmăreşte, în primul rînd, să înlăture cauzele care au provocat anemia. În anemiile acute se practică transfuzie de sînge. Preparatele cu fier se administrează în anemiile feriprive şi în cele cauzate de sîngerări. Vitamina B_{12} şi extractele de ficat (Hepavit) duc la vindecarea anemiei pernicioase, care cere un tratament de susţinere prelungit. Se vor da alimente bogate în fier (spanac, ouă, carne).

anergie, starea organismului la dispariţia unei alergii adică a capacităţii de răspuns la contactul cu o substanţă (antigen) faţă de care acest organism manifesta pînă atunci o reacţie de răspuns (vezi alergie). Un bolnav care a făcut primoinfecţie tuberculoasă şi a avut, deci, alergia respectivă confirmată prin intradermoreacţia la tuberculină (vezi tuberculoză) poate suferi o negativare a acestei probe în cursul unui pojar, de exemplu după vindecarea acestuia intradermoreacţia cu tuberculină (I.D.R.) devine iarăşi pozitivă. Într-un sens mai larg,

anergia traduce un moment în care organismul s-ar găsi incapabil de apărare.

anestèzie, metodă prin care se suprimă în mod trecător perceperea durerii sau transmiterea excitaţiilor dureroase cu ajutorul unor substanţe chimice sau al unor agenţi fizici. Se împarte în două grupe: a) narcoza, în care anestezicul acţionează asupra celulei nervoase şi împiedică perceperea durerii; b) analgezia, cînd substanţa anestezică acţionează asupra fibrelor nervoase şi întrerupe căile de transmitere, lăsînd intactă conştiinţa. Înainte de apariţia substanţelor anestezice pentru înlăturarea durerii se foloseau, alcool sau infuzii de diferite plante, în special de mac, care produceau numai o ameţeală a bolnavului. Prima operaţie pe un animal adormit cu protoxid de azot a fost făcută în 1824. În 1844, Morton a folosit ca anestezic eterul sulfuric. În 1869, C.D. Severeanu a făcut prima anestezie cu eter la noi în ţară. Prima rahianestezie la om a fost făcută în 1889 de către Bier. La noi în ţară, rahianestezia a fost aplicată în 1900 şi a constituit o preocupare a chirurgilor Toma Ionescu şi Amza Jianu. Se poate spune că pentru a se ajunge la anestezia modernă au fost necesare 100 de ani de experienţe şi studiu, iar dezvoltarea chirurgiei nu a fost posibilă de cît numai după găsirea unor metode bune de anestezie. Narcoza este o anestezie centrală caracterizată prin suprimarea conştiinţei, a durerii şi a reflexelor cu păstrarea integrală a funcţiilor vitale: circulaţia şi respiraţia. Calea de administrare a substanţelor poate fi: prin inhalaţie (protoxid de azot, eter, ciclopropan), intravenoasă (evipan, narconumal), rectală (avertina, paraaldehida). Pe cale sanguină, anestezicul ajunge în toate organele şi deci şi în sistemul nervos central. Scoarţa cerebrală este foarte sensibilă la acţiunea narcoticelor, pe cînd bulbul este mai refractar; de aceea funcţiile vitale, circulaţia şi respiraţia rămîn intacte, dacă nu se depăşeşte o anumită doză. Metoda actuală cea mai bună pentru narcoza prin inhalaţie este aceea care foloseşte aparatul în circuit închis sau semiînchis, anestezicul amestecat cu oxigen pătrunzînd în arborele respirator printr-o canulă introdusă în trahee (intubaţie intratraheală). Calea intravenoasă se foloseşte în operaţiile de scurtă durată sau la începutul anesteziei prin inhalaţie pentru a se face intubarea traheei. Analgezia este o anestezie periferică, adică acţionează asupra fibrelor nervoase. Poate fi în „suprafaţă" şi se practică de obicei pe mucoase, prin badijonare cu soluţie de cocaină, sau la piele, prin refrigeraţie cu cloretil, „prin infiltrarea straturilor" cu soluţie de novocaină, „regională", soluţia anestezică fiind injectată în jurul unui trunchi sau plex nervos, „epidurală", soluţia anestezică fiind introdusă în canalul sacrat şi „rahianestezie", soluţia anestezică injectîndu-se în spaţiul subarahnoidian, făcînd astfel anestezia rădăcinilor nervilor rahidieni la ieşirea lor din măduvă. În epoca actuală, datorită cunoştinţelor de fiziologie şi de farmacodinamie a substanţelor anestezice, precum şi metodelor moderne de investigare a bolnavilor, riscurile anesteziei sînt aproape complet înlăturate. Anestezia modernă permite executarea unor operaţii foarte dificile şi de lungă durată. Datorită cunoştinţelor deosebite pe care trebuie să le aibă un anestezist, anestezia a ajuns o specialitate. Toate serviciile de chirurgie au specialişti anestezişti care se ocupă exclusiv de stabilirea celei mai bune anestezii pentru bolnav, de executarea anesteziei şi de urmărirea bolnavului operat pînă ce a trecut de faza de şoc operator. De aceea, anestezistul modern este şi un reanimator.

anevrism, dilatare pe o porţiune limitată a unui vas sanguin. Pot fi: a) arteriale, caracterizate prin prezenţa unei dilataţii pungiforme, care conţine sînge şi cheaguri; b) arteriovenoase, cînd dilatarea arterială comunică cu o venă apropiată; c) cirsoide, formate din aglomerări de artere şi de vene care comunică între ele. Cauzele anevrismelor sînt datorite deficienţelor tunicii elastice a peretelui arterial. Caracterul clinic esenţial este de tumoare pulsatilă. O complicaţie gravă este ruptura, care poate

Anevrism al aortei în porţiunea ascendentă a crosei.

fi mortală, cînd anevrismul ţine de o arteră mare. Beneficiază de tratament chirurgical.

anexită, inflamaţie datorită unor infecţii ale trompei şi ovarului. Ele se mai numesc şi salpingo-ovarite sau metroanexite, deoarece de cele mai multe ori inflamaţia interesează în grade diferite atît uterul, cît şi trompele cu ovarele. Leziunile predominante sînt de obicei la trompă (salpingă), ovarul fiind mai rar şi în mai mică măsură atins de procesul inflamator. Leziunile anexiale sînt de obicei bilaterale,

însă mai accentuate într-o parte sau alta. Cauza inflamațiilor genitale este microbiană: gonococi, stafilococi, streptococi, colibacili, care acționează singuri sau asociați între ei. Avorturile, nașterile, raporturile sexuale infectante, lipsa de igienă genitală, sînt cauzele care favorizează pătrunderea germenilor patogeni (microbilor) în căile genitale. Simptomatologia se caracterizează, în formele acute, prin dureri în abdomen și regiunea lombară (șalelor), febră, secreție vaginală (scurgere albă) abundentă sau pierderi de sînge prin vagin. Intensitatea durerilor este variabilă, uneori surde, alteori violente, fiind exagerate de eforturile de urinare, de scaun etc. *Tratamentul*, care constă în administrarea de antibiotice, calmante, vitaminoterapie, repaus la pat, poate duce, dacă este bine condus, la vindecare. De cele mai multe ori, faza acută evoluează spre cronicitate. Anexita cronică se caracterizează prin dureri pelviene uni- sau bilaterale, accentuate de frig, oboseală, menstruație, raporturi sexuale. Deseori se produc tulburări menstruale. Sterilitatea este una din urmările frecvente ale anexitelor cronice. *Tratamentul* fiind mai dificil și de lungă durată, trebuie luate toate măsurile pentru a se evita îmbolnăvirea, iar cînd aceasta s-a produs trebuie tratată cu toată grija încă din forma acută, pînă la completa ei vindecare.

angină, inflamație acută a amigdalelor și a țesutului limfatic din jurul lor. După aspectul clinic sînt: a) *angină roșie* sau eritematoasă, în care caz amigdalele și faringele sînt foarte roșii (ca flacăra), contrastînd net cu culoarea normală sau palidă a restului mucoasei bucale; b) *angină albă*, care poate fi: *pultacee*, în care pe lîngă roșeața de mai sus se adaugă depozite izolate de exsudat albicios (puroi) pe amigdale; *pseudomembranoasă*, cu depozit alb cenușiu, acoperind în întregime suprafața amigdalelor și formînd o falsă membrană; *ulcero-membranoasă*, de obicei unilaterală, pe o amigdală, o ulcerație acoperită de un depozit alb murdar; *ulcero-necrotică*, cu ulcerații adînci, care progresează, acoperite de depozite cenușii, cu o stare generală gravă. După agentul patogen producător pot fi: a) *angine microbiene* cu diferiți germeni, ca: streptococul hemolitic, stafilococul, pneumococul, fuzospirilii, bacilul difteric și mai rar alți microbi. Angina streptococică este cea mai frecventă. Debutul este brusc, cu frison, febră mare, dureri în gît. Această angină este roșie sau pultacee, mai rar pseudomembranoasă (în acest caz, depozitul se poate desprinde ușor de pe amigdale), ganglionii submaxilari și cervicali pot fi ușor măriți și dureroși. *Tratament*: penicilină, gargară, repaus la pat; *angina fuzospirilară* este ulcero-membranoasă, unilaterală. Este produsă de o asociere microbiană (bacili fuziformi și spirili). *Tratament*: penicilină, gargară; *angina difterică* (sau difteria faringiană), cu debut mai lent, febră moderată, angină pseudomembranoasă (depozitele sînt foarte aderente de amigdale; dacă sînt desprinse, locul sîngerează). Adesea pseudomembranele, de culoare albă-cenușiu-murdar, depășesc amigdalele, întinzîndu-se pe luetă și faringe. Starea generală de obicei este gravă, copilul este palid, somnolent, cu tahicardie. *Tratament*: vezi difterie; b) *angine virotice*, produse de numeroase virusuri printre care adenovirusuri, virusurile Cosackie, ECHO, virusurile gripale, paragripale, virusul rujeolei, al varicelei și altele. Sînt de obicei ușoare, roșeața cuprinzînd și faringele și restul mucoasei bucale. Unele virusuri dau angine veziculoase (mici bășici pe luetă, stîlpi sau amigdale). Starea generală este bună, febra lipsește sau este mică. Unele însoțesc boala de bază care le-a produs (rujeolă, rubeolă, varicelă). *Tratament*: gargară, piramidon, repaus. Se vindecă de obicei în cîteva zile; c) *angine micotice*, cea mai frecventă ciupercă care produce angina fiind *Monilia albicans* (*Candida albicans*). Apar în special după tratamente prelungite cu antibiotice mai ales la copii. Ciuperca (*Monilia albicans*) se găsește în mod normal în gură, dar nu se dezvoltă din cauza florei microbiene obișnuite; în tratamente prelungite cu antibiotice, flora microbiană a gurii este distrusă și atunci ciuperca invadează cavitatea bucală, fiind rezistentă la antibiotice. Angina prezintă de obicei depozite albicioase, care se întind pe amigdale, faringe, luetă și chiar pe restul mucoasei bucale (stomatită micotică). *Tratament*: se întrerup antibioticele (dacă permite boala de bază), se fac gargară sau chiar spălături largi ale gurii cu apă bicarbonată, badijonări cu soluție Lugol în gură și mai ales se administrează antibiotice cu acțiune asupra ciupercilor (stamicin). Anginele sînt contagioase în special angina streptococică, angina difterică și anginele virotice (dintre care unele sînt foarte contagioase putînd da naștere la epidemii, mai ales în colectivități); contagiunea se face pe cale aerogenă sau pe cale indirectă, prin obiectele contaminate de bolnav. Diagnosticul de laborator se face prin examene bacteriologice; se izolează agentul patogen în anginele microbiene și micotice. Exsudatul de pe amigdale, prelevat cu tampoane sterile, este însămînțat pe medii de cultură speciale, care se examinează după 24 de ore de păstrare la termostat, la 37°. Pentru a preciza virusul în cazul anginelor virotice, cercetările se fac în laboratoare de inframicrobiologie comportînd examene mult mai laborioase (culturi pe culturi de țesuturi, inoculări la animale). Profilaxia se face prin izolarea bolnavilor la domiciliu sau la spitalul de boli contagioase și tratarea lor. Pentru angina difterică, izolarea în spital este obligatorie. De asemenea se face dezinfecția camerei și a obiectelor contaminate de bolnav, în cazul anginei streptococice și difterice.

angină pectorală, afecțiune a arterelor coronare, manifestată prin accese dureroase de scurtă durată în regiunea inimii, însoțite de o senzație de constricție și care survin mai ales în împrejurări în care activitatea inimii este suprasolicitată (efort fizic, emoții, digestie).

Cum se produce accesul anginos? La repaus fizic şi psihic total, muşchiul cardiac (miocardul) primeşte 300 ml sînge pe minut, iar în caz de muncă fizică intensă, 2 000 ml, adică aproape de şapte ori mai mult decît în stare de repaus. Deci, dacă în condiţii de repaus arterele coronare cu calibrul îngustat de ateroscleroză pot satisface necesităţile de oxigen ale inimii unui coronarian, atunci cînd din diverse cauze inima acestuia este suprasolicitată, debitul sanguin nu mai poate creşte în vasele coronare pentru a satisface proporţional această „foame de oxigen" a miocardului. Din acest dezechilibru între posibilităţile de aprovizionare şi necesităţile în oxigen ale muşchiului cardiac rezultă o stare de asfixie locală (anoxie), cu acumularea produşilor de descompunere proveniţi din metabolism (acid lactic, acid piruvic) care irită inervaţia inimii şi provoacă acel influx dureros: criza de angină pectorală. Condiţiile cele mai frecvente în care are loc suprasolicitarea inimii sînt eforturile fizice sub diverse forme (mers, defecare, act sexual), efortul digestiv care creşte cu aproximativ o cincime volumul sîngelui împins de inimă, frigul, emoţiile, fumatul. Aceşti ultimi factori şi mai ales emoţiile ar acţiona prin eliberarea unor cantităţi sporite de substanţe de tipul adrenalinei care provoacă accelerarea ritmului cardiac şi creşterea tensiunii arteriale, condiţii deci care măresc activitatea inimii şi ca urmare nevoile ei de a se aproviziona cu oxigen. Angina pectorală este o boală răspîndită; se întîlneşte mai frecvent la bărbaţi decît la femei (aproximativ de 5 ori). Aceasta se explică în parte prin faptul că la bărbaţi ateroscleroza se dezvoltă mult mai devreme de cît la femei, localizîndu-se cel mai des în arterele coronare, precum şi din alte cauze: profesiunile acestora, care presupun încordare nervoasă, şi obiceiul, mai răspîndit printre bărbaţi, de a fuma. Prima manifestare a anginei pectorale este accesul dureros de la nivelul sternului. Este foarte caracteristică iradierea durerii în braţe, cel mai adesea de-a lungul braţului stîng, mai rar în sus către maxilarul inferior sau în spate. Este specifică spaima de moarte care însoţeşte această strînsură. Uneori, bolnavul simte doar o apăsare în piept sau are impresia că nu mai poate respira. De regulă, criza de angină pectorală durează cîteva minute, cel mult o jumătate de oră. Atunci cînd accesul se prelungeşte mai multe ceasuri trebuie suspectată o astupare bruscă a arterelor coronare, care a determinat un *infarct* al regiunii miocardice respective. O particularitate a durerii anginoase constă în faptul că ea cedează prompt după administrarea de vasodilatatoare coronariene (Nitroglicerină). De aceea, repausul şi medicamentele amintite sînt armele principale de luptă de care dispunem în combaterea acceselor de angină pectorală, cu condiţia ca ele să fie aplicate fără întîrziere. Nitroglicerina trebuie să se găsească totdeauna în buzunarul anginosului. În perioadele dintre crize, măsurile întreprinse urmăresc oprirea evoluţiei leziunilor de ateroscleroză coronariană şi evitarea cauzelor care ar putea declanşa criza de angină pectorală. Aceste obiective pot să fie atinse printr-un *tratament* igienodietetic şi medicamentos. Prescripţiile igienodietetice constau în evitarea drumurilor lungi şi obositoare, a mersului grăbit, a eforturilor în general şi mai ales după masă, a meselor copioase, emoţiilor, frigului, vîntului, fumatului. Regimul alimentar să fie sărac în grăsimi de origine animală şi colesterol. *Tratamentul* medicamentos recurge la coronarodilatatoare şi la droguri care scad excitabilitatea sistemului nervos. Heparina este utilă pentru prevenirea aterosclerozei coronarelor.

angiom, tumoare benignă rezultînd din lărgirea sau formarea în număr neobişnuit de mare a unor vase sanguine. De cele mai multe ori este congenital, apărînd chiar de la naştere. Forma cea mai obişnuită este *angiomul plan*, care se prezintă ca o pată roşie aprins, uneori cu nuanţe albăstrui violacee, cu care copilul se naşte (în popor mai dăinuie superstiţia că pata ar fi apărut datorită faptului că mama a dorit să mănînce cireşi în timpul sarcinii). Forma angioamelor este variabilă: rotundă, ovalară, stelată. La apăsare, culoarea roşie dispare, dar revine imediat ce încetează apăsarea. Angioamele proeminente, de dimensiuni mai mari au o culoare albăstruie şi sînt de consistenţă moale, fiind formate din adevărate lacuri sanguine. Lovite, se pot rupe, dînd naştere la hemoragii. Evoluţia angioamelor este în marea majoritate a cazurilor foarte lentă. Tratamentul constă în distrugerea vaselor dilatate prin aplicare de zăpadă carbonică, raze X, radiu.

aniridie, lipsă congenitală, a irisului, de regulă bilaterală. Cu totul excepţional, aniridia se poate datora unui traumatism care smulge irisul. Absenţa irisului provoacă senzaţie de jenă pronunţată la lumină.

anofel — vezi ţînţar.

anorexie, scăderea pînă la pierderea totală a poftei de mîncare. Constituie adesea semnul de început al unei boli cronice, de exemplu, al tuberculozei. Există o anorexie mintală care se însoţeşte de o serie de manifestări psihice şi glandulare. *Tratamentul* anorexiei urmăreşte, în primul rînd, îndepărtarea cauzei. Se administrează stimulente ale poftei de mîncare, după caz. Foarte utile sînt: mişcarea în aer liber, alternarea raţională a muncii cu odihna, mese la ore regulate, suprimarea tutunului.

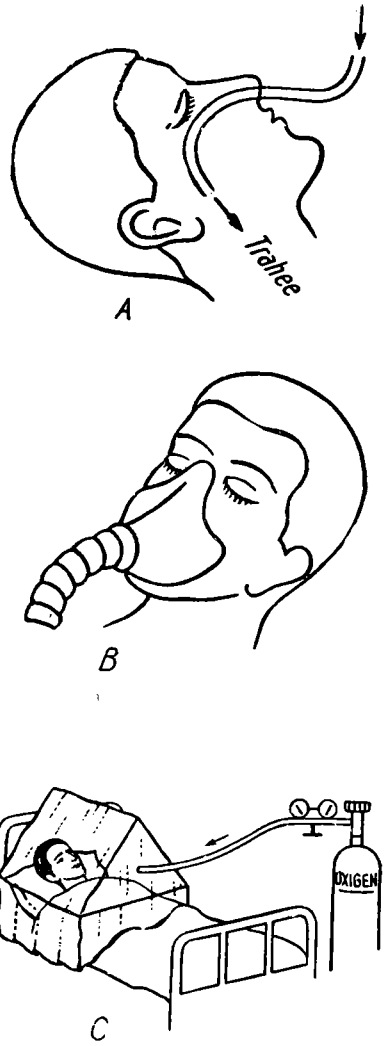
anoxemie, lipsa oxigenului din sînge, fenomen incompatibil cu viaţa. În cursul multor boli se produce numai o scădere sub limita normală a cantităţii de oxigen din sînge, fenomen ce ia denumirea mai corectă de hipoxemie. Pentru menţinerea vieţii, aportul de oxigen din mediul înconjurător este absolut esenţial, aceasta realizîndu-se prin funcţia respiratorie a plămînilor şi prin funcţia de transportor de oxigen al sîngelui (o parte dizolvat în plasmă, dar cea mai mare parte combinat cu hemoglobina eritrocitelor sub formă de oxihemoglobină). Iată de ce atît

cauzele care împiedică ventilaţia normală a plămînului, cît şi cele care alterează compoziţia sau circulaţia normală a sîngelui duc la hipoxemie. Ea se manifestă prin semne obiective, care merg de la paloarea pielii

Anorexie . . . şi apetit.

şi a mucoaselor, pînă la apariţia unei culori albastre-violete (cianoză) începînd de la extremităţi, mucoase oculare, digestive, şi pînă la apariţia unei modificări de frecvenţă, amplitudine şi ritm al mişcărilor respiratorii (dispnee) sau modificări ale activităţii nervoase superioare. Cauzele care produc hipoxemia sau anoxemia sînt: bolile pulmonare şi cardiovasculare sau unele boli de sînge în cadrul cărora cantitatea sau calitatea pigmentului sanguin care fixează oxigenul (hemoglobină) sînt alterate (vezi sînge).

anoxie, lipsă de oxigen în ţesuturi (anoxie tisulară). Starea de anoxie (anoxemie) poate



Administrarea oxigenului în stările de anoxie şi anoxemie: *A* — cu sondă nazală; *B* — cu mască; *C* — sub cort cu oxigen.

apărea în urma mai multor cauze: a) *insuficienţa circulaţiei sîngelui* (boli de inimă), astuparea unei artere (embolie, tromboză), spasmul vascular prelungit sau împiedicarea întoarcerii sîngelui spre inimă (varice) pot produce anoxia prin faptul că sîngele nu irigă în cantitate suficientă ţesuturile, lipsindu-le de oxigenul necesar; b) *insuficienţa respiratorie* (bronhopneumonie, scleroză pulmonară, lezarea centrilor nervoşi respiratori), respiraţia de

aer sărac în oxigen produc anoxia prin faptul că, ajungînd la plămîn, sîngele nu primeşte o cantitate de oxigen suficientă pentru a se oxigena în proporţie de 98—99%, cum este normal; c) *insuficienţa numărului de globule roşii* (care reprezintă cărăuşii de oxigen de la plămîn la ţesuturi) sau lipsa ori blocarea hemoglobinei (substanţa care fixează oxigenul în globulul roşu) pot fi, de asemenea, cauze de anoxie. Starea de anoxie (anoxemie) se traduce prin învineţirea pielii, a mucoaselor şi prin senzaţia de lipsă de aer (dispnee). *Tratamentul* bolilor cauzale şi administrarea de oxigen pur pot corecta aceste stări. Pentru administrarea oxigenului pot fi folosite sonde nazale, măşti sau corturi sub care se introduc bolnavul şi oxigenul.

antalcool — vezi alcoolism.

anteversie uterină, înclinarea uterului înainte spre simfiza pubiană, către peretele anterior al abdomenului. Cînd această înclinare este exagerată, se numeşte hiperanteversie. Cînd înclinarea se face la nivelul unghiului dintre corp şi col prin micşorarea acestui unghi, vorbim de hiperanteflexie. Anteversoflexia moderată este poziţia obişnuită a uterului. Exagerarea acestei înclinări este anormală şi poate fi congenitală sau consecutivă unei inflamaţii. Simptomatologia constă în dureri în timpul menstruaţiei, şi, în cazuri rare, poate fi o cauză de sterilitate.

antialergic (*antihistaminic*), medicament sintetic utilizat în tratamentul simptomatic al stărilor alergice, dar cu efecte bune şi în unele boli nealergice. Au fost sintetizate multe preparate atît la noi în ţară, cît şi în străinătate. Cel mai frecvent se prezintă sub formă de comprimate sau fiole pentru injectare de obicei intramusculară. Aceste medicamente sînt foarte utile în combaterea simptomelor din bolile alergice, fără însă a trata cauza; de exemplu: opresc criza dramatică a astmului provocat la unele persoane de sensibilizarea la un anumit polen de flori, dar nu vindecă această sensibilitate, ulterior criza putînd reapărea. Au, de asemenea, o acţiune foarte bună în calmarea pruritului de natură alergică. Durata acţiunii lor este în general de 3—4 ore, afară de fenergan, care poate acţiona chiar mai mult de 8 ore. Deoarece, după cum am văzut, antialergicele nu vindecă boala, întrebuinţarea lor se limitează numai la prescrierea medicului, excesele putînd duce la fenomene toxice, ca: somnolenţă şi oboseală sau, în cazuri mai grave, la vărsături, nelinişte, respiraţie frecventă, apoi convulsii grave.

antiastmatic — vezi bronhodilatator.

antibiogramă, probă de laborator prin care se cercetează sensibilitatea la antibiotice a unui microb izolat de obicei de la un bolnav în cursul unei boli infecţioase. Este utilizată azi pe scară foarte largă şi se poate face în orice laborator de bacteriologie. Rezultatul ei indică medicului antibioticul sau antibioticele pe care le poate folosi cu cel mai bun rezultat în tratamentul bolnavului. Pentru a se putea face antibiograma este necesar ca în prealabil să fie izolat prin cultură microbul respectiv care a produs boala. Rezultatul se dă în practica curentă, indicîndu-se prin calificative sensibilitatea microbului cercetat. De exemplu, stafilococul auriu izolat din puroi este foarte sensibil la penicilină, eritromicină, cloramfenicol; este sensibil la teramicină, tetraciclină; este puţin sensibil la neomicină; este rezistent la sulfatiazol, streptomicină. Prin alte metode mai precise se poate indica exact ce concentraţie a unui antibiotic împiedică creşterea unui microb. În acest caz se va utiliza antibioticul cu care se poate ajunge în sîngele bolnavului la o concentraţie de cel puţin cîteva ori mai mare decît concentraţia minimă care împiedică creşterea microbului. Antibiograma microbului izolat de la bolnav este absolut obligatorie în anumite boli grave, cum ar fi: endocardita lentă, septicemiile, infecţiile stafilococice grave, meningitele purulente. Este, de asemenea, obligatoriu de făcut atunci cînd se izolează microbii despre care se ştie sigur că prezintă o mare varietate, ca sensibilitate faţă de antibiotice sau germeni care au posibilitatea de a deveni repede rezistenţi la unele antibiotice (stafilococ, colibacili, streptococ *viridans*).

antibiotic, substanţă rezultată din metabolismul unor celule vii sau produsă prin sinteza chimică, avînd acţiune de împiedicare a multiplicării sau uneori de distrugere a unor microorganisme (bacterii, rickettsii, unele virusuri, ciuperci). Fiecare antibiotic are un spectru de acţiune care cuprinde microorganismele asupra cărora acţionează. Antibioticele se utilizează azi foarte mult în tratamentul bolilor infecţioase. Agenţii patogeni care sînt sensibili aproape totdeauna la acţiunea antibioticelor sînt bacteriile şi rickettsiile. Virusurile nu sînt sensibile la antibiotice, deci bolile virotice nu beneficiază de acest tratament (afară doar de cîteva). Utilizarea antibioticelor trebuie făcută numai cu indicaţia medicului, ţinîndu-se seama de a se administra antibioticul cu cea mai bună acţiune asupra bolii respective (vezi antibiogramă). Administrarea antibioticelor poate duce, rareori, la apariţia unor incidente sau accidente grave. Cele mai uşoare dintre aceste incidente constau în erupţii diverse pe piele prin sensibilizarea organismului la antibiotic (mai ales după penicilină, streptomicină). Foarte rareori această sensibilizare se poate manifesta mai brutal, cu simptome de şoc, care necesită un ajutor medical de urgenţă. Antibioticele cu spectru larg, după tratamente mai prelungite, mai ales la copii, distrug flora microbiană banală, saprofită din gură, căi respiratorii superioare, intestin. În locul acestei flore normale se dezvoltă atunci repede ciuperci. (*Candida albicans*), a căror dezvoltare este împiedicată în mod normal de această floră microbiană saprofită. *Candida* invadează de obicei gura, dar uneori se întinde pe tot tubul digestiv

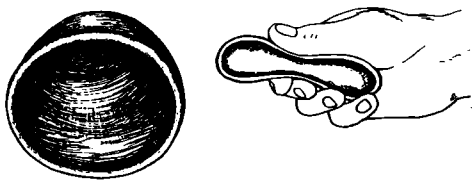
sau chiar se generalizează, dînd tulburări grave. Alt antibiotic (cloramfenicolul) după tratamente prelungite, poate produce o acțiune de inhibare a măduvei osoase în ceea ce privește producerea de globule albe (leucocite), ducînd la agranulocitoză, boală gravă

Fabrica de antibiotice din Iași.

care împiedică organismul să lupte împotriva infecțiilor. Antibioticele mai utilizate azi sînt: penicilina extrasă din anumite specii de mucegai (*Penicilium notatum* și *orysogenum*). Există mai multe peniciline: penicilina G, cristalină sodică, solubilă în apă, care se administrează în general în injecții intramusculare, dar poate fi administrată și intravenos sau intrarahidian; penicilina „V" sub formă de tablete, administrate pe gură, nefiind distrusă de sucul gastric; penicilină depozit cu acțiune mai prelungită. Spectrul de acțiune a penicilinei cuprinde bacterii: coci (stafilococ, streptococ, meningococ, gonococ, pneumococ etc.), unii bacili (difteric, cărbunos etc.), spirocheta sifilisului, leptospirele etc. Se folosește în tratamentul multor boli infecțioase, ca de exemplu: scarlatină, erizipel, angine acute, pneumonii, unele septicemii, cărbune, unele meningite, gangrenă gazoasă, sifilis, difterie, tetanos, leptospiroze, endocardită lentă, reumatism poliarticular acut. Este dozată în unități internaționale. Se administrează cantități variabile, după sensibilitatea germenului și după gravitatea bolii, de la 400 000 pe zi, pînă la zeci de milioane de unități pe zi. Are acțiune bacteriostatică, iar în doze mai mari, și bactericidă. Streptomicina se extrage din *Streptomyces griseus*. Se administrează prin injecții intramusculare. Spectrul ei de acțiune cuprinde unii bacili (coli, dizenteric, Friedländer, Koch etc.). Se utilizează în special în tratamentul tuberculozei, unde este indispensabilă. Se mai folosește și în alte boli infecțioase cu germeni sensibili, cum ar fi infecții urinare colibacilare, dispepsii la copii (unde se administrează pe gură), meningite sau septicemii cu bacili sensibili la streptomicină, pneumonii cu bacil Friedländer etc. Cloramfenicolul este extras din *Streptomices venezuelae*, dar se obține azi și prin sinteză chimică. Se administrează de obicei pe gură și foarte rar în injecții intramusculare. Este un antibiotic cu spectru larg de acțiune: coci (stafilococ, streptococ, pneumococ, meningococ), bacili (salmonele, dizenterici, pertusis, coli), spirochete, rickettsi, cîteva virusuri. Se utilizează în: febra tifoidă (unde este singurul antibiotic eficace) și alte salmoneloze, în dizenterie, meningite purulente, tifos exantematic și alte rickettsioze, în septicemii (mai ales stafilococice), tuse convulsivă, bruceloză, peritonită, psittacoză, ornitoză, limfogranulomatoză benignă Nicolas-Favre, trahom, etc. Se administrează 50 mg pe kilogram de greutate a corpului în 24 de ore. Tetraciclinele sînt în grup de 3 antibiotice asemănătoare ca acțiune și ca formulă: aureomicină, teramicină, tetraciclină. Toate se administrează pe gură, de obicei cam 50 mg pe kilogram de greutate a corpului, în 24 de ore. Spectrul de acțiune este larg și cuprinde: coci (stafilococ, streptococ, pneumococ, gonococ, meningococ), bacili (dizenterici, salmonele, coli, Friedländer, piocianic, difteric, cărbunos) spirochete, leptospire, toate rickettsiile, cîteva virusuri (trahom, psittacoză, limfogranulomatoză benignă, Nicolas-Favre). Se folosesc în multe boli infecțioase: septicemii, endocardită lentă, infecții urinare, infecții biliare, dizenterie, meningite purulente, tuse convulsivă, infecții pulmonare acute și cronice, bruceloză, tifos exantematic și alte rickettsioze, cîteva viroze (limfogranulomatoză inghinală benignă, psittacoză, trahom). Eritromicina, se extrage din *Streptomyces eritreus*. Se administrează pe cale bucală, în doză de 50 mg pe kilogram de greutate a corpului, în 24 de ore. Spectrul de acțiune este asemănător penicilinei, dar mai larg: coci (stafilococ, streptococ), bacili (difteric, tetanic). Se folosește în special în tratamentul infecțiilor stafilococice (mai ales septicemii), la care stafilococul a devenit rezistent la penicilină, în difterie. Novobiocina, oleandomicina, spiramicina, carbomicina sînt alte antibiotice cu spectrul asemănător eritromicinei și cu utilizare în special în infecții grave cu stafilococ rezistent la penicilină. Neomicina este extrasă din *Streptomyces fradiae* și acționează bactericid. Are un spectru foarte larg de acțiune, cuprinzînd coci și bacili (chiar și cei rezistenți la alte antibiotice cu spectru larg); administrată pe gură, nu se resoarbe din tubul digestiv. Se

utilizează în dizenterie şi în special pentru sterilizarea intestinului înainte de operaţiile pe acest organ. Este foarte toxică dacă se administrează în injecţii. Polimixina este un antibiotic produs de un microb şi are o acţiune puternic bactericidă asupra unor bacili rezistenţi la alte antibiotice (cum ar fi piocianicul). Este indicată în special în meningite cu piocianic, unde poate fi introdusă şi intrarahidian. Cicloserina se extrage din *Streptomyces garifalus* şi este folosită în special pentru activitatea ei antituberculoasă, asociată la alte antibiotice antituberculoase, mai ales în caz de bacili Koch rezistenţi la streptomicină. Nistatina (sau micostatina, sau stamicina), antibiotic cu acţiune asupra unor ciuperci patogene (antifungic), cum ar fi *Candida albicans*, tricofiton şi *Histoplasma capsulatum*. Este utilizată în special în candidozele rino-faringiene, bucale, vulvo-vaginale, digestive, primitive sau apărute după tratamente cu alte antibiotice. Amphotericina B este un alt antibiotic antifungic utilizat mai ales în infecţiile cu *Criptococcus neoformans* (torula). Este toxic pentru rinichi. În afară de cele citate aici mai sînt descoperite un număr imens de antibiotice neutilizate încă sau cu o utilizare redusă. O altă serie de substanţe produse prin sinteză chimică au, de asemenea, acţiune antimicrobiană. Ele sînt cuprinse sub denumirea de chimioterapice (vezi chimioterapice), deşi azi denumirea de antibiotic se utilizează din ce în ce mai mult pentru toate substanţele care acţionează împotriva microorganismelor, indiferent dacă sînt produse pe cale de sinteză chimică sau extrase din culturi de mucegaiuri sau microbi. Industria noastră chimică fabrică azi majoritatea antibioticelor de uz larg: penicilină, streptomicină, eritromicină, aureociclină (aureomicină), neocilin, (neomicină), cloramfenicol, stamicină micostatină, tetraciclină, nivecină (novobiocină). A recurge azi, din proprie iniţiativă, la luarea unui antibiotic, constituie o mare greşeală, din moment ce, aşa cum am văzut, antibioticele pot avea numeroase efecte secundare, pe care un nespecialist nu le poate prevedea.

anticoncepţionale, metode care permit evitarea sarcinii. Mijloacele anticoncepţionale sînt de mai multe feluri: mecanice, chimice, biologice, chirurgicale, radiologice. Mijloacele *mecanice* au drept scop să împiedice pătrunderea spermatozoizilor în vagin sau în uter. Ele pot fi utilizate de bărbat (prezervativul) sau de femei sub forma căpăcelelor (pesarelor) care se aplică pe colul uterin. Acestea din urmă sînt confecţionate din metal, cauciuc sau material plastic, au mărimi diferite şi se aplică pe colul uterin, împiedicînd astfel pătrunderea spermatozoizilor în cavitatea uterină. Căpăcelul poate sta pe col între 8 şi 12 ore. După aceea trebuie scos, spălat şi păstrat curat pînă la o nouă utilizare. Aplicarea şi scoaterea căpăcelului se fac de către femeie singură, după ce în prealabil a fost învăţată de către medic. Mijlocele *chimice* pot fi cu acţiune generală, cuprinzînd anumite substanţe care, injectate femeii sau administrate pe gură, împiedică fecundaţia, sau cu acţiune locală, sub formă de ovule, tablete, creme, soluţii care, introduse în vagin, distrug



Pesar de cauciuc.

sau scad viabilitatea spermatozoizilor, împiedicînd astfel fecundaţia. Aceste substanţe au în general în compoziţia lor chimică unul sau mai mulţi acizi. Ele se pot prepara la farmacie sau sînt gata fabricate, ca produsul „Preventin". Ovulele sau tabletele trebuie introduse în vagin cu 30—60 de minute înaintea actului sexual. Spălătura vaginală făcut cu irigatorul imediat după raportul sexual sau cînd este posibil şi înainte, cu soluţie acidulată (2 linguri oţet la 1 litru apă), este o metodă anticoncepţională eficace. Ca o metodă biologică poate fi citată legea Ogino-Knaus, după care perioada de maximă fertilitate la femeie este socotită între a 12-a şi a 20-a zi a ciclului menstrual. La femeile cu menstruaţii regulate, respectarea acestei legi este o metodă eficientă în 85% din cazuri. Ligatura *chirurgicală* a trompelor sau castrarea *radiologică* sînt metode care se aplică numai cu indicaţia exclusivă a medicului şi numai în cazuri speciale, rare.

anticorp, substanţă de natură proteinică (globulină), care ia naştere într-un organism animal ca răspuns la introducerea în organism a unei substanţe antigenice (de obicei tot de natură proteinică). Anticorpii au proprietatea să reacţioneze specific numai cu antigenul care a declanşat formarea lor. Anticorpii produşi în organism se găsesc răspîndiţi mai ales în sînge. Efectul unirii anticorpului cu antigenul se poate manifesta favorabil pentru organism atunci cînd se produce neutralizarea (distrugerea) unui antigen nociv (toxină, agent patogen); alteori, unirea anticorpului cu antigenul produce efecte nefavorabile organismului (şoc anafilactic, boala serului). În cursul bolilor infecţioase apar anticorpi faţă de agenţii patogeni sau toxinele lor. Persistenţa lor mult timp după trecerea bolii duce la starea de imunitate (rezistenţă) faţă de boala respectivă. Astfel este ştiut că anumite boli infecţioase produc o imunitate pe toată viaţa (varicelă, rujeolă), altele produc o imunitate de durată mai scurtă (gripă). Anticorpii care duc la imunitatea organismului faţă de o anumită boală, se produc şi după vaccinări (de exemplu, după vaccinarea T.A.B.

se produc anticorpi care neutralizează bacilii tifici pătrunşi în organism, împiedicînd astfel apariţia febrei tifoide).

antidot, substanţă care printr-o reacţie chimică, fizică sau fiziologică poate transforma un produs toxic într-un compus inofensiv. Antidotul anihilează efectul toxic al otrăvurilor, transformîndu-le în compuşi insolubili, a căror eliminare se poate face prin vărsături provocate sau o dată cu materiile fecale. În unele cazuri, reacţia dintre antidot şi toxic nu poate avea loc de cît dacă otrăvurile n-au fost încă absorbite, deci dacă se găsesc încă în stomac sau intestin. Există şi antidoturi care injectate direct în circuitul sanguin anulează efectul otrăvurilor. Multe toxice îşi au antidotul lor specific, dar există şi antidoturi „generale". Astfel, albumina în soluţie apoasă (patru albuşuri de ou la un litru de apă) formează cu otrăvurile de natură minerală (sodă caustică, acid clorhidric) o combinaţie inofensivă, care se elimină prin fecale; apa de săpun (7,5 g săpun la 1 litru apă), precipită unele săruri metalice (de mercur sau de bismut), iar soluţia de iod-iodurată (Lugol) este un bun antidot al alcaloizilor (opiacee, atropină).

antigen, substanţă de obicei de natură proteinică, care, introdusă în organism, are proprietatea de a determina fabricarea în organism a anticorpilor specifici (substanţe proteinice ce se unesc numai cu antigenul care a determinat formarea lor). Multe microorganisme patogene (bacterii, virusuri), sînt antigene care determină formarea de anticorpi specifici (antimicrobieni, antivirotici). Produse ale bacteriilor (toxine) sînt, de asemenea, antigene. Anticorpii produşi, unindu-se cu antigenul, îl neutralizează. Şi vaccinurile sînt antigene care determină formarea de anticorpi specifici. Aceşti anticorpi conferă starea de imunitate faţă de o anumită boală infecţioasă. Pentru ca o substanţă să acţioneze ca antigen, trebuie să fie o substanţă străină de organismul respectiv şi să aibă o moleculă mare.

antihistaminic — vezi antialergic.

antisepsie, metodă care urmăreşte distrugerea microbilor prezenţi într-o rană accidentală sau operatorie. În timp ce asepsia este o metodă „profilactică", antisepsia este o metodă „curativă". Foloseşte metode chimice (soluţie de cloramină, apă oxigenată, soluţii de detergenţi, soluţii sau praf de sulfamide), antibiotice, sau metode fizice (ultraviolete). Antisepsia, care la început se aplica numai în chirurgie, astăzi s-a extins şi în domeniul bolilor infecţioase (vezi asepsia).

antispastic (spasmolitic), medicament care face să cedeze contracţia (spasmul muşchilor netezi din pereţii arterelor, tubului digestiv, căilor de eliminare a bilei sau a urinii). În toate cazurile de colici, astm sau spasme arteriale este necesară administrarea de antispastice care opresc criza, acţionînd prin intermediul nervilor ce comandă muşchii netezi. Exemple de antispastice: atropină, papaverină, scopolamină, sulfat de magneziu în fiole, belafit, belafital, spasmoverin în comprimate şi belergon în drajeuri. Se întrebuinţează numai după indicaţiile medicului.

antitoxină (ser antitoxic, anticorpi antitoxici) substanţă care ia naştere ca răspuns la pătrunderea în organism a unei toxine bacteriene. Antitoxina (anticorpii) se găseşte mai ales în sînge (în serul sanguin), avînd proprietatea ca, unindu-se cu toxina respectivă, să o neutralizeze, adică să o facă inofensivă. Serul antidifteric, antitetanic conţin antitoxină, adică anticorpi antitoxici faţă de toxina difterică şi respectiv toxina antitetanică.

antrax — vezi cărbune.

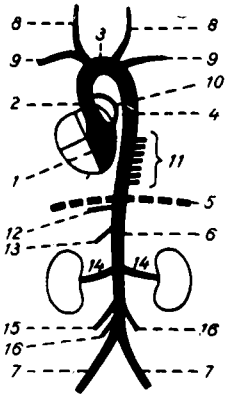
antrenament, efectuarea unor programe speciale de activitate necesare refacerii sau perfecţionării unor funcţii din organism. În cadrul medicinei, antrenamentul medical urmăreşte redarea capacităţii de muncă la bolnavii invalidizaţi prin diferite afecţiuni (vezi gimnastică medicală). Medicina sportivă are ca unul dintre obiecte urmărirea efectuării ştiinţifice a antrenamentului sportiv. Aclimatizarea reprezintă, de asemenea, un antrenament eficient al diferitelor funcţii de adaptare generală a organismului. Refacerea şi perfecţionarea funcţiilor unui organ cresc randamentul activităţii lui, adică scad consumul de oxigen şi substanţe nutritive pentru acelaşi grad de efort depus. Astfel, o inimă antrenată consumă mai puţin oxigen pentru activitatea depusă într-un efort fizic, în comparaţie cu o inimă neantrenată sau bolnavă. Efectul antrenamentului se explică prin modificările de structură ale organului respectiv (muşchii antrenaţi cresc de volum) şi prin perfecţionarea mecanismelor de coordonare nervoasă şi umorală din organism. Principiul metodelor de antrenament este supunerea organului sau organismului la eforturi din ce în ce mai mari, gradate în mod ştiinţific. Efectuarea unor eforturi excesive faţă de capacitatea de adaptare a organului (organismului) respectiv poate produce aşa-numitele *afecţiuni* sau *boli de supraantrenament* (de exemplu: hipertensiunea arterială apărută la sportivii care fac antrenamente fizice excesive, necontrolate medical).

anurie, absenţă a urinii în vezica urinară. Anuria se datoreşte fie încetării secreţiei urinare (anurie reală), fie unui obstacol pe uretere (falsă anurie), care împiedică colectarea urinii în vezică. Anuria propriu-zisă se instalează în urma unor boli care au provocat distrugeri sau tulburări funcţionale grave ale rinichilor: scleroză renală avansată, tuberculoză renală bilaterală sau insuficienţă renală acută. Aceasta din urmă survine brusc în cursul unor septicemii, arsuri întinse, intoxicaţii cu sublimat, transfuzie cu sînge incompatibil, zdrobiri musculare sau prin scăderea brutală a fluxului renal (stare de şoc, hemoragii puternice). Semnele anuriei sînt, în afara lipsei de urină, o stare generală alterată provocată de intoxicaţia ure-

mică (vezi uremie). Diagnosticul de anurie se face numai după ce s-a îndepărtat posibilitatea unei retenții de urină (prin calcul, adenom de prostată, stricturi pe canal). *Tratamentul* anuriei va fi diferit, după boala în cauză. *El se face numai în spital.* În cazurile de anurie prin insuficiență renală acută, deoarece se scontează revenirea funcției renale la normal, după un anumit interval (10—12 zile), se recurge la intervenții care urmăresc să suplinească funcția rinichiului atîta timp cît ea este deficientă. În acest scop sînt combătute: starea de șoc, pierderea de apă, acumularea substanțelor azotate în sînge și se caută să se mențină la nivelul normal constantele sîngelui (clorul, potasiul, calciul sanguin), în centrele spitalicești bine utilate, prin epurație extrarenală cu ajutorul rinichiului artificial.

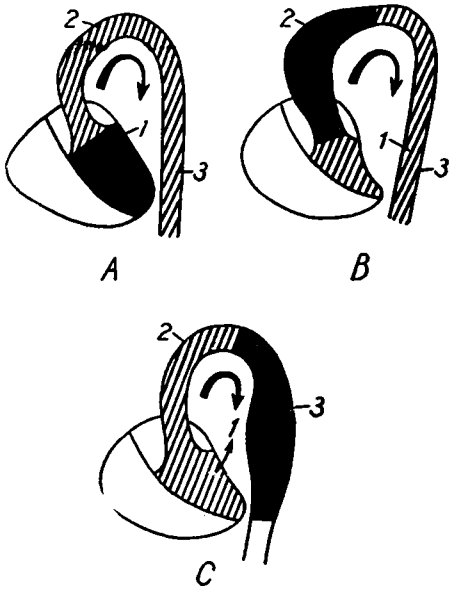
anus, orificiul terminal al rectului. Este înconjurat de un sfincter (mușchi circular) striat, deci supus voinței, al cărui tonus asigură continența. La embrion este acoperit de o membrană temporară, care se perforează spre luna a IV-a, stabilind legătura rectului cu exteriorul. În unele cazuri, această membrană poate să rămînă întreagă, realizînd imperforația anală, care se tratează chirurgical de urgență. *Anus contra naturii:* deschiderea chirurgicală a intestinului gros, la piele cu scopul de a crea o derivație, temporară sau definitivă, a tranzitului intestinal deasupra unui obstacol datorit de obicei tumorilor.

aortă, artera cea mai mare din corp prin care trece sîngele expulzat din inimă înainte de a se



Aorta și principalele ramuri: *1* — ventriculul stîng; *2* — aorta ascendentă; *3* — cîrja (crosa); *4* — aorta descendentă toracică; *5* — diafragmul — limita dintre torace și abdomen; *6* — aorta abdominală; *7* — arterele iliace; *8* — arterele carotide; *9* — arterele subclaviculare; *10* — arterele coronare; *11* — arterele intercostale; *12* — trunchiul celiac; *13—15* — arterele mezenterice; *14* — arterele renale; *16* — arterele spermatice.

răspîndi prin ramificații vasculare în diferite regiuni ale organismului. Datorită formei și poziției sale, aorta este împărțită în patru porțiuni principale: a) aorta ascendentă; b) cîrja (crosa) aortei; c) aorta descendentă toracică; d) aorta descendentă abdominală. La omul adult lungimea vasului este de cca. 25 cm, iar diametrul de cca. 2—2,5 cm. În bolile însoțite de o creștere a presiunii sîngelui (hipertensiune, aorta se dilată, fapt constatabil prin examenul radiologic. Peretele aortei este cel



Schema intervenției elasticității aortei în propulsia sîngelui; *A* — ventriculul stîng (*1*) este plin, iar diametrul aortei ascendente (*2*) și descendente (*3*) este normal; *B* — ventriculul se contractă și expulzează sîngele în aorta ascendentă (*2*) care se dilată; *C* — datorită elasticității sale, aorta ascendentă (*2*) revine la dimensiunile inițiale împingînd sîngele în aorta descendentă (*3*), care se dilată și apoi, revenind datorită elasticității, trimite mai departe, la rîndul ei, sîngele, în altă porțiune. Astfel ia naștere unda pulsului

mai gros perete vascular din organism și cuprinde mult țesut elastic care ajută progresia sîngelui în perioada dintre contracțiile inimii și îi asigură o rezistență crescută față de presiunea mare a sîngelui din timpul contracției inimii. Această presiune atinge la oamenii normali aproximativ 140—160 mm Hg, iar la bolnavii cu hipertensiune poate depăși 320—340 mm Hg în unele boli (ateroscleroză); în peretele aortei se pot depozita grăsimi și calciu, fapt care duce la transformarea aortei dintr-un tub elastic într-un tub cu pereți rigizi. În cazul unor alterări localizate ale peretelui aortei pot apărea dilatații aortice sub forma unui sac numit *anevrism* (vezi anevrism).

aparat, în sensul folosit în anatomie, grup de organe cu structură diferită, dar cu activitate coordonată în vederea asigurării unei anumite funcții generale în organism (respirație, digestie, circulație, excreție, locomoție). În corpul omului se descriu mai multe aparate: *Aparat respirator*, grup de organe care asigură aportul de

oxigen necesar metabolismelor tisulare şi eliminarea bioxidului de carbon rezultat din aceste metabolisme. Se compune din următoarele părţi principale: a) cavitatea nazală; b) laringe (vezi laringe); c) trahee; d) bronhii; e) plămîni (vezi plămîn). *Aparat circulator sau cardiovascular*, grup de organe care asigură circulaţia sîngelui în întregul organism (vezi circulaţie). El se compune dintr-un organ central, inima (vezi inima) şi un sistem închis de tuburi, numite vase sanguine. *Aparatul digestiv*, grup de organe care asigură aportul substanţelor nutritive, transformarea acestora prin digestie (vezi digestie) în elemente simple ce pot fi absorbite în sînge şi limfă (vezi absorbţie), precum şi evacuarea produselor de digestie inutile. Elementele principale care alcătuiesc aparatul digestiv sînt: a) dantura (vezi dinte); b) glandele salivare (vezi glande salivare); c) ficatul; (vezi ficat); d) pancreasul; e) esofagul; f) stomacul; g) intestinul; h) rectul (vezi rect). *Aparatul urinar*, grup de organe prin care se îndepărtează din organism o serie de substanţe nefolositoare prin urină. Se compune din: a) doi rinichi prin care din sînge trec elementele ce vor fi eliminate în urină b) ureterele, două canale prin care urina formată de rinichi ajunge în vezica urinară; c) vezica urinară (vezi vezica urinară), un rezervor în care se acumulează urina formată de rinichi şi care prin contracţia ei o elimină în cursul actului denumit micţiune şi d) uretra, canal prin care se elimină în afară de vezică urina colectată. *Aparatul genital*, grup de organe a căror funcţie asigură reproducerea organismelor. El este diferit la cele două sexe şi cuprinde la femeie: a) uter; b) ovar; c) trompă; d) vagin. La bărbat, aparatul genital este format din: a) testicul; b) epididim; c) canal deferent; d) vezicule seminale şi prostată; e) scrot; f) penis. *Aparatul locomotor*, format din: oase (vezi schelet), muşchi (vezi muşchi) şi articulaţii (vezi articulaţie). *Aparat* în sens tehnic, grup de piese a căror funcţionare combinată oferă o posibilitate superioară de diagnostic (aparate de diagnostic) sau de cercetare ştiinţifică (aparate de cercetare), de tratament (aparate terapeutice) sau care asigură o eficienţă crescută muncii de rutină în laborator (aparatură ajutătoare de laborator). Acelaşi aparat poate fi însă în practică folosit în mai multe din scopurile amintite (diagnostic, cercetare, terapie). În ţara noastră există o industrie de tehnică medicală (I.T.M.) care asigură dotarea tehnică a unităţilor sanitare cu numeroase tipuri de aparate medicale. Alte unităţi (de exemplu, Academia R.P.R.) posedă ateliere de prototipuri în care cu ajutorul cercetătorilor ştiinţifici sînt construite aparate speciale de cercetare medicală. Pentru aprecierea stării funcţionale a diferitelor organe din corp, precum şi a posibilităţilor generale de adaptare a întregului organism (vezi expertiză medicală a capacităţii de muncă) există aparate special construite, care sînt descrise la capitolele respective. *Aparat*, piesă sau grup de piese care se pot adapta unor părţi ale organismului şi care asigură vindecarea sau corectează deficienţe fizice sau funcţionale. *Aparat gipsat*, pansament făcut din feşi de tifon împregnate cu gips şi muiate în apă; cînd se întăreşte, formează o carapace dură. Se aplică cu scopul de a imobiliza o articulaţie, un segment de membru, un membru în întregime, coloana vertebrală etc. în fracturi, entorse cu rupturi de ligamente, tuberculoză articulară, deformaţii ale membrelor. Se poate aplica direct pe piele sau pe un strat subţire de vată ori pe o flanelă. Cînd este prea strîns produce tulburări ale circulaţiei, care pot duce pînă la gangrenă. Aceste complicaţii apar de obicei în primele zile şi se manifestă prin dureri, furnicături, edeme, coloraţia cianotică a degetelor. De aceea, în primele zile, aparatul gipsat trebuie controlat de medicul care l-a pus. După expirarea timpului de imobilizare, aparatul gipsat se taie cu o foarfecă specială sau cu bisturiul. *Aparat ortopedic*, dispozitiv confecţionat din materiale plastice sau din piele şi metal, destinat imobilizării uneia sau mai multor articulaţii, cu scopul de a le pune în repaus sau, în caz de paralizii musculare, de a menţine fixe aceste articulaţii balante. Aparatele ortopedice se confecţionează după un mulaj în gips al regiunii care urmează să fie imobilizată. *Aparate auditive*, dispozitive avînd caracter de proteze cu ajutorul cărora sunetele sînt intensificate, putînd fi astfel percepute de persoanele cu auzul scăzut. Aparatele auditive sînt de construcţii diferite. Ele au fost perfecţionate paralel cu dezvoltarea tehnică. Cornetele şi tuburile acustice sînt dispozitive simpliste, de domeniul trecutului. Tehnica modernă pune la dispoziţie aparate noi, utilizînd proprietăţile piezoelectricităţii în confecţionarea microfoanelor cu tranzistori minusculi pentru sistemul de amplificare. Construite pe acelaşi principiu, au fost imaginate diferite sisteme (ochelari, agrafe în păr etc.) pentru a fi cît mai mici şi mai discrete, mascînd cît mai mult defectul auditiv. Aparatele acestea pot utiliza fie calea aeriană de transmitere a sunetelor, fie pe cea osoasă, acesta corespunzînd cu tipul de surditate. Ele nu pot ajuta atunci cînd auzul este prea scăzut. Indicarea utilităţii lor, a tipului necesar, se face numai cu recomandarea medicului specialist, după o examinare prealabilă amănunţită. Altfel, nu îşi ating scopul, putînd chiar să provoace o înrăutăţire a auzului.

apă, condiţie obligatorie a existenţei oricărui organism viu, apa formează ea însăşi o proporţie apreciabilă (65%) din greutatea corpului omenesc. În condiţii obişnuite, organismul omului are nevoie de $2^1/_2$—3 litri de apă în 24 de ore şi primeşte o parte din această apă ca atare, iar restul prin alimentele care o conţin. Nevoile în apă ale omului sînt însă mult mai mari. Însumarea cantităţilor destinate

pentru treburile casnice, pentru salubritatea publică, pentru industrie etc. face ca necesarul în apă pe cap de locuitor şi pe zi să se cifreze la 150 de litri şi chiar mai mult, în marile centre locuite. Aprovizionarea cu apă se face din surse locale şi centrele de aprovizionare cu apă. Aprovizionarea centralizată, cu apă distribuită prin conducte, este cea mai corespunzătoare din punct de vedere igienic, deoarece oferă o apă purificată prin procedee tehnice avansate şi riguros controlată. Pentru a fi potabilă, apa trebuie să întrunească următoarele calităţi: să aibă gust plăcut (şi nu total lipsită de gust, gustul plăcut fiind dat de gazele şi sărurile dizolvate); să fie limpede, incoloră şi lipsită de miros particular; să aibă o temperatură cuprinsă între limitele de 5 şi 17° (cel mai bine între 7 şi 11°); să nu conţină substanţe chimice nocive (plumb, arsenic etc.); să nu conţină germeni patogeni. Pătrunderea germenilor patogeni în apă este deosebit de primejdioasă, putînd da naştere aşa-numitelor epidemii hidrice (dizenterie, febră tifoidă etc.) care apar în mod exploziv, cuprinzînd într-un timp scurt un număr mare de persoane. Pentru apărarea consumatorilor un rol important au măsurile de purificare şi de dezinfecţie a apei. *Apă minerală*, apă provenită din izvoare naturale, avînd un conţinut crescut de săruri şi gaze sau înzestrată cu proprietăţi radioactive. Este considerată „minerală", apa cu un conţinut de săruri de peste 1 gram la litru. Totuşi, aparţin acestei categorii şi unele ape cu o mineralizare generală mai redusă, denumite şi ape oligominerale. După compoziţia lor chimică, apele minerale se clasifică în felul următor: oligominerale (slab concentrate = sub 1 $g^0/_{00}$), carbogazoase (bioxid de carbon = 1 $g^0/_{00}$), alcaline (bicarbonat de sodiu = 1 $g^0/_{00}$), teroase (calciu şi magneziu = 1 $g^0/_{00}$), feruginoase (fier feros = = 10 $mg^0/_{00}$), arsenicale (arsenic = 1 $mg^0/_{00}$), sărate (clorură de sodiu 1 $g^0/_{00}$), iodurate (iod= = 1 $mg^0/_{00}$), sulfuroase (sulf = 1 $mg^0/_{00}$), sulfatate (sulfat de sodiu sau magneziu 1 $g^0/_{000}$), radioactive (radon sau toron = 80 U.M. $^0/_0$). În funcţie de temperatură, apele minerale se împart în reci (sub 20°), subtermale (20—37°), termale (37—42°) şi hipertermale (peste 42°). Apele minerale sînt indicate pentru băut în tratamentul unor boli, dar şi ca apă simplă de masă, precum şi în cură externă, în băi (vezi la balneoterapie). Acţiunea terapeutică a apelor minerale se produce concomitent cu climatoterapia, regimul alimentar şi celelalte condiţii ale mediului de viaţă din staţiune. Pentru băut, apa minerală se prescrie în cantităţi de la $^1/_4$ pînă la $1^1/_2$ pahare (50—250 ml), de 2—3 ori pe zi şi pe un termen nu mai mare de 1 lună. În bolile de stomac cu scăderea aciditătii, apa minerală se bea cu 20—30 de minute înainte de masă, încet şi cu înghiţituri mici, în timp ce în bolile cu creşterea aciditătii se bea cu 60—75 minute înainte de masă, cu înghiţituri mari. Este interzisă administrarea apei minerale în perioadele acute ale bolii, fără prescripţia expresă a medicului. În afară de apele minerale naturale utilizate în staţiunile de origine, pot fi folosite şi ape minerale special îmbuteliate şi transportate în alte localităţi. Tratamentul cu ape minerale nu trebuie utilizat fără consultarea medicului. *Apă salină*, apa lacurilor sărate şi cu nămol; concentraţia ei în săruri trebuie să fie de cel puţin 40—50 de grame la 1 litru. Apa salină se foloseşte în scopuri terapeutice sub formă de băi calde, prişniţe, comprese, băi în lac — combinate cu băi de soare. Apele saline ale unor lacuri (spre exemplu lacul Ursu din Sovata) sînt helioterme. Ele au la suprafaţă temperatura mediului şi la 1,5—2 m temperaturi mai ridicate cu 10—12°, deoarece apa sărată concentrată, aflată sub un strat subţire de apă dulce, este un adevărat acumulator al căldurii solare.

apendicită, inflamaţie a apendicelui cecal. Boală frecventă care poate să apară la orice vîrstă. După intensitatea procesului inflamator poate fi acută sau cronică. Forma acută începe cu dureri mari în partea dreaptă a abdomenului (groapa iliacă dreaptă) sau în regiunea ombilicală sau chiar în tot abdomenul. La aceasta se adaugă greaţă şi vărsături, temperatură ridicată. Durerea abdominală se accentuează în timpul tusei sau chiar în inspiraţii profunde, ceea ce traduce iritaţia peritoneului. Aceste simptome pot fi uneori confundate cu o indigestie şi bolnavul luînd un purgativ agravează boala, făcînd posibilă perforarea apendicelui. De aceea, în caz de dureri abdominale nu se vor lua purgative şi nici calmante care pot masca evoluţia unei apendicite. Bolnavul va fi imediat consultat de un medic sau transportat la spital, pentru că apendicita acută se operează de urgenţă. Dacă nu se operează la timp, apendicita acută se poate complica cu peritonită localizată sau generalizată, abces apendicular. Apendicita cronică reprezintă cronicizarea unei apendicite acute sau o inflamaţie cronică primitivă a apendicelui. Simptomele sînt atenuate şi în general diagnosticul clinic este greu de pus, apendicita cronică putînd fi confundată cu aproape toate bolile care se manifestă în regiunea abdominală. *Apendice cecal* (vermicular), segment de intestin rudimentar care comunică cu cecul. Are structura intestinului, cu o mare bogăţie de foliculi limfatici. Are o lungime variabilă de 6—12 cm, poate fi liber, în diferite poziţii faţă de cec sau fixat prin aderenţe, consecutive proceselor inflamatorii.

apetit (poftă de mîncare), necesitatea imperioasă de a se alimenta, legată sau nu de prezenţa alimentelor, de ingestia lor (poate apărea în timpul ingestiei, de unde şi dictonul „pofta vine mîncînd"). Unele boli (infecţii cronice, intoxicaţii, cancer) duc la o slăbire a apetitului sau la dispariţia lui (anorexie), altele dimpotrivă cresc exagerat apetitul şi ingestia de alimente (bulimie). Întreţinerea apetitului se face prin igiena modului de trai şi a alimentaţiei, prin program echilibrat de

muncă şi repaus, aer curat, prezentarea „apetisantă" a alimentelor, varietatea lor. Stimularea apetitului se poate face prin aperitive sau prin medicamente ce cresc pofta de mîncare (picături, siropuri ori vinuri ce conţin alcool şi substanţe cu gust amar). *Apetit sexual*, dorinţa de exercitare a funcţiei sexuale. Apare o dată cu vîrsta adolescenţei şi dispare la bătrîneţe, întreţinerea lui făcîndu-se printr-o viaţă sexuală regulată, lipsită de excese. În unele boli, apetitul sexual este exagerat în mod patologic, în timp ce alte afecţiuni pot produce diminuarea lui. Lipsa apetitului sexual poate apărea în tulburările de dezvoltare a organismului şi se traduc printr-o indiferenţă, răceală afectivă (frigiditate), faţă de sexul opus. *Tratamentul* medical judicios poate corecta alterările de apetit sexual.

apnee, întreruperea respiraţiei în mod voluntar sau în cursul unor boli. În mod normal, durata apneei este la oamenii adulţi de 40—80 secunde. În diferite boli respiratorii şi circulatorii, această durată se scurtează la 10—15 secunde. Prin antrenament, înotătorii, scufundătorii, pescuitorii de perle pot ajunge la efectuarea voită a unor apnee de 3—4 minute. În timpul apneei, metabolismele tisulare nu încetează în organism, ci se efectuează prin utilizarea oxigenului din aerul existent în plămîni şi sînge. În cazurile de antrenament poate apărea şi o diminuare a activităţii unor organe, cu reducerea consecutivă a nevoilor lor de oxigen, fapt care explică posibilitatea prelungirii timpului de apnee. Apneea prelungită poate duce la scăderi ale oxigenului din sînge (vezi hipoxie şi anoxie), cu apariţia unor lezări grave în special în organele foarte sensibile la lipsa de oxigen (creier, inimă).

apraxie, imposibilitate de a executa un complex de mişcare în vederea executării unei acţiuni, fără să existe un deficit motor sau tulburări psihice care să explice aceasta. Ea apare în anumite leziuni ale creierului şi îmbracă mai multe forme: a) *apraxie ideomotorie*: bolnavul cunoaşte mişcările care trebuie să le facă, dar nu le poate executa (de exemplu, se poate pieptăna corect cu mîna stîngă, dar cu mîna dreaptă, deşi nu este paralizată, nu poate face de loc mişcările necesare); b) *apraxie motorie:* unele mişcări învăţate printr-o repetare frecventă nu mai pot fi efectuate (a bea apă, a sufla în chibrit) Chiar imposibilitatea de a vorbi pe care o găsim în afazia motorie (vezi afazie) este de fapt o apraxie motorie, deoarece nu există o paralizie a muşchilor gurii (bolnavul mişcă normal limba, se alimentează normal). Aceste tulburări apar în leziuni diferite, îndeosebi în emisfera dominantă (emisfera stîngă). Pentru apraxia motorie, leziunile predomină în lobul frontal, iar pentru cea idiomotorie, în lobul parietal. Cauza lor poate fi: tumori, hemoragii cerebrale, ramolismente cerebrale.

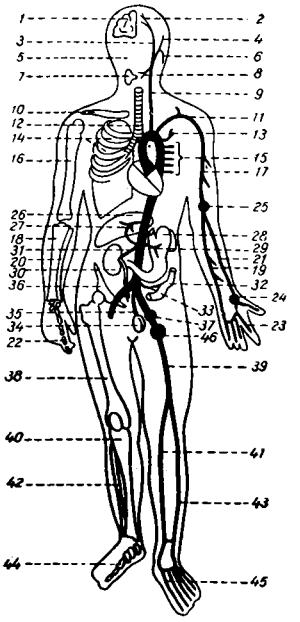
aritmie, tulburarea ritmului normal al contracţiilor inimii. Această situaţie poate rezulta fie din modificarea frecvenţei ritmului: creşterea peste 70 de bătăi pe minut (*tahicardie*- sau scădere sub 60 de bătăi pe minut (*bradi*) *cardie*), fie prin apariţia unei succesiuni neregulate a bătăilor inimii (*extrasistole*). Cînd contracţiile cardiace sînt extrem de frecvente (180—200 de bătăi pe minut) şi apar brusc, în crize, avem de-a face cu *tahicardia paroxistică*, iar cînd pauzele dintre contracţiile izolate ale inimii sînt total neregulate, înseamnă că s-a instalat o aritmie permanentă (*fibrilaţie*). Aritmia poate fi funcţională, ţinînd adică de o tulburare privind reglarea nervoasă a inimii (aritmie respiratorie, unele extrasistole); alteori, ea traduce o atingere a miocardului (scleroză, miocardită). *Tratamentul* unei aritmii este în funcţie de boala principală: digitală, chinidină.

arsenic, substanţă folosită pentru distrugerea nervului dentar (vezi dinte) care, îmbolnăvit, produce dureri vii. Arsenicul (anhidrida arsenioasă) are o acţiune caustică asupra ţesuturilor vii. De aceea, dacă pansamentul cu arsenic este ţinut mai mult timp decît a fost indicat de medic, acţiunea lui caustică merge mai departe de zona nervului, producînd leziuni destructive (necroză) în osul alveolar. Arsenicul este indicat numai în cazurile de pulpită (vezi pulpita), cînd dintele răspunde prin durere atît la rece, cît şi la cald. Deoarece produce o congestie a ţesuturilor înainte de a le fi cauterizat, pansamentul cu arsenic trebuie aplicat împreună cu un medicament calmant al durerii (cocaină). În locul aplicării arsenicului se poate scoate într-o singură şedinţă nervul, făcîndu-se o anestezie a dintelui respectiv. Pansamentul cu arsenic rămîne tratamentul de preferat pentru pulpite la începutul tratamentului lor. Acest pansament se acoperă cu un ciment moale, pentru a se evita compresiunea care ar mări durerile. După îndepărtarea la timp a arsenicului, deoarece filetele nervoase din camera pulpară şi din canalul radicular s-au necrozat şi durerile au dispărut, nervul poate fi scos fără durere; restul tratamentului este astfel mai uşor suportat de către bolnav.

arsură, leziune a ţesuturilor produsă de acţiunea temperaturii ridicate (arsură termică), a substanţelor chimice, curentului electric, razelor solare, razelor Röntgen. Se deosebesc 4 grade de arsuri: *a)* gradul I, cu hiperemia pielii; *b)* gradul al II-lea, cu apariţia de vezicule; *c)* gradul al III-lea, în care se produce necroza pielii; *d)* gradul al IV-lea, cînd se ajunge la carbonizarea ţesuturilor. Gravitatea depinde de suprafaţa de piele arsă şi mai puţin de gradul arsurii. Cînd suprafaţa arsă atinge 10% din suprafaţa totală a corpului, bolnavul este neliniştit, pulsul este accelerat, apar sete şi greaţă, care dispar după cîteva zile. Cînd suprafaţa arsă depăşeşte 20% din suprafaţa corpului, bolnavul este şocat şi după atenuarea şocului apare o intoxicare gravă a organismului consecutivă absorbţiei produselor rezultate din descompunerea pro-

teinelor din ţesuturile distruse şi a pierderii excesive de lichid din organism; acestea pot determina leziuni grave ale rinichilor, ficatului, sistemului nervos. Infecţia agravează simptomele şi cînd arsurile sînt întinse, se poate produce o septicemie. Evoluţia unei arsuri depinde de suprafaţa şi gradul arsurii, de vîrsta bolnavului, de starea generală a organismului, de infecţie, de apariţia complicaţiilor hepato-renale şi în foarte mare măsură (atenţie!) de primul tratament aplicat. Primul ajutor constă în înlăturarea hainelor care mai ard sau sînt îmbibate cu substanţe chimice şi în calmarea durerii cu injecţie de morfină; în arsurile de gradul I se toarnă alcool sau soluţie slabă de permanganat de potasiu; în arsurile cu vezicule şi necroză, de asemenea, se poate turna alcool şi se face un pansament cu comprese sterile, în timp ce se iau măsurile pentru transportul bolnavului la spital. Nu se vor sparge veziculele şi nu se va unge arsura cu substanţe grase. Arsurile de gradul I şi al II-lea nu lasă cicatrice; cele de gradul al III-lea şi al IV-lea sînt urmate de cicatrice, uneori retractile, care deformează regiunea sau limitează mişcările în articulaţii. În arsurile chimice se spală pielea imediat cu apă timp de 5—10 minute şi se toarnă soluţii neutralizante (soluţie 2% bicarbonat de sodiu în arsurile cu acizi şi soluţie 1% acid acetic în arsurile cu baze). Deoarece majoritatea arsurilor se datoresc neglijenţelor, nerespectării regulilor de folosire a maşinilor cu gaze, a aparatelor electrice etc., vom preveni apariţia lor respectînd noi înşine normele de prevenire a acestor accidente şi învăţînd şi pe alţii să le respecte în special în anumite colectivităţi (industrii, imobile, şcoli). *Arsuri (pirozis)*, senzaţie de arsură care pleacă din „capul pieptului“ (epigastru) şi urcă de-a lungul esofagului; se însoţeşte de obicei de eructaţii şi de regurgitarea în cavitatea bucală a unui lichid cu gust acru. Se întîlneşte în cursul dispepsiilor şi mai frecvent în hiperaciditatea gastrică.

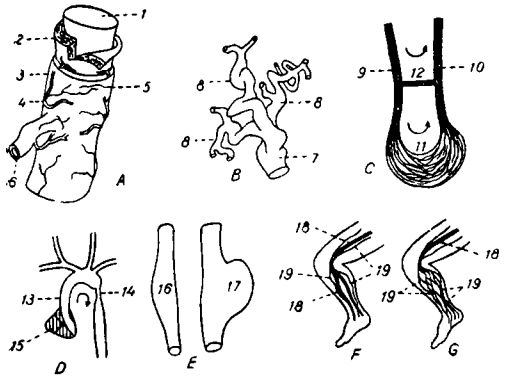
arteră, vas sanguin prin care circulă sîngele de la inimă spre periferie (vezi circulaţia sîngelui. Artera principală prin care pleacă sîngele din inimă se numeşte *arteră aortă* (vezi *aortă*). Avînd un calibru foarte mare, aorta şi ramurile ei (care la omul adult au un diametru ce depăşeşte 1 cm) alcătuiesc grupul aşa-ziselor *artere mari*. Alte artere, cu diametru cuprins aproximativ între cîţiva mm şi 1 cm, se numesc *mijlocii*. Ele se ramifică în *artere mici* (cu diametrul de 1—2 mm), care la rîndul lor dau naştere celor mai mici artere numite şi *arteriole*, din ramificaţia cărora rezultă vasele capilare (vezi capilar). Peretele arterial este alcătuit, în mare, din trei straturi sau tunici. Stratul exterior, numit *adventice*, face legătură cu organele vecine, cuprinde terminaţii nervoase şi vase mici ce nutresc artera (*vasa vasorum*, sau vase ale vaselor). Stratul intermediar numit *media* cuprinde ţesut elastic şi muscular şi asigură rezistenţa peretelui vascular, precum şi modificarea lui de calibru. Stratul intern sau *intima* este căptuşit cu un endoteliu arterial, format din celule plate, al căror luciu uşurează alunecarea sîngelui şi împiedică coagularea. Aorta şi arterele mari, în care presiunea sîngelui este ridicată,



Schema principalelor artere ale corpului şi denumirea lor: *1* — creier; *2* — a. cerebrale; *3* — a. carotidă internă; *4* — a. carotidă externă; *5* — faţa; *6* — a. facială; *7* — glanda tiroidă; *8* — a. tiroidiene; *9* — a. carotidă primitivă; *10* — clavicula; *11* — a. subclaviculară; *12* — trahee şi bronhii; *13* — a. traheobronşice; *14* — spaţii între coaste; *15* — a. intercostale; *16* — osul humerus; *17* — a. humerală; *18* — osul cubitus; *19* — a. cubitală; *20* — osul radius; *21* — a. radială; *22* — falange digitale; *23* — a. digitale; *24* şi *25* — locuri unde se măsoară pulsul şi unde se pot face comod puncţii arteriale la membrul superior; *26* — ficat; *27* — a. hepatică; *28* — stomac; *29* — a. gastrică (stomacală); *30* — rinichi; *31* — a. renală; *32* — intestin; *33* — a. mezenterică; *34* — organe genitale; *35* — a. spermatică (la femeie corespunde a. utero-ovariană); *36* — osul iliac; *37* — a. iliacă; *38* — osul femur; *39* — a. femurală; *40* — osul tibia; *41* — a. tibială; *42* — osul peroneu; *43* — a. peronieră; *44* — falangele degetelor; *45* — a. digitale; *46* — locuri unde se măsoară pulsul şi unde se pot face uşor puncţii.

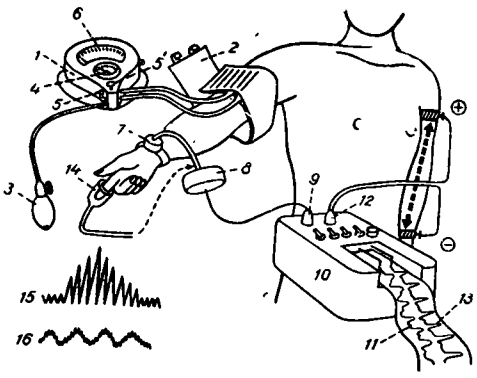
au stratul intermediar foarte bogat în ţesut elastic rezistent. În arterele mici şi arteriole, proporţia de fibre elastice este mai mică, în schimb fibrele musculare sînt bine reprezentate. Calibrul arterelor variază în funcţie de apropierea sau depărtarea de inimă (cele îndepărtate sînt mai înguste) şi în funcţie de importanţa pe care o au în irigaţia unei părţi a organismului (o arteră care irigă mai multe organe este mai mare de cît arterele care irigă un singur organ sau numai părţi din acesta). Calibrul arterelor mai poate varia şi în funcţie de contracţia muşchiulaturii din pereţii ar-

teriali. În cazul în care un organ se găseşte în stare de activitate maximă, musculatura din peretele arterial se decontractă, artera se lărgeşte (vasodilataţie), iar sîngele ajunge în organul respectiv în cantitate mai mare. În repaus şi în cursul spasmelor vasculare,



A — structura peretelui arterial conţine: *1* — strat intern (intima); *2* — strat intermediar (media, cu ţesut elastic şi muscular); *3* — strat extern (adventicea, cu 4 — vasavasorum şi *5* — fibre nervoase); *6* — ramură a arterei principale; *B* — arteră heiicină; *C* — şunt arterio-venos (*12*), care face legătura directă între arteră *9* şi venă *10*. Prin el, sîngele poate trece direct din arteră în venă, ocolind capilarele *11*; *D* — modificări de formă a aortei (*13*) în cazul unei stenoze congenitale (*14*); *15* — inima. Înainte de stenoză există o tendinţă la dilataţie, iar după stenoză o tendinţă la îngustare; *E* — anevrism arterial incipient (*16*) şi dezvoltat în formă de sac (*17*); *F*, *G* — circulaţia la un membru inferior înainte de obliterarea arterelor principale (*18*) la gambă (*F*) şi după obliterarea lor (*G*). Se vede gradul de dezvoltare a vaselor colaterale (*19*).

irigaţia organului scade prin diminuarea calibrului vascular, în urma contracţiei mai accentuate a musculaturii din peretele arterial. Forma arterei este de obicei cilindrică şi liniară. În organele erectile (cornete nazale, corpi cavernoşi), forma arterelor poate fi spiralată, deoarece organele respective prezintă modificări mari de volum, care solicită întinderea arterei respective în totalitate (artere helicine). În cazuri patologice pot apărea îngustări (obliterări) vasculare sau dimpotrivă dilataţii numite anevrisme. Între arteră şi venă nu există de obicei comunicaţii, sau cînd acestea există, sînt închise. Asemenea comunicaţii se numesc *şunturi arterio-venoase* şi în unele boli deschiderea lor permanentă poate compromite circulaţia sîngelui prin vasele capilare. Totalitatea arterelor din corp alcătuiesc aşa-numitul pat vascular arterial, care conţine aproximativ 1—1,5 litri sînge la omul adult. Denumirea multor artere este dată de regiunea sau osul pe lîngă care trece. Împreună cu venele, arterele alcătuiesc aparatul cardio-vascular a cărui funcţie principală este asigurarea circulaţiei sanguine (vezi circulaţie). Ramurile dintr-o arteră principală, prin care sîngele poate ajunge într-un anumit organ, se numesc artere colaterale. În cazul unor boli ale arterelor periferice principale în cadrul cărora se ajunge la o diminuare a calibrului vascular sau chiar la astupare completă are loc o dezvoltare compensatoare a arterelor colaterale, prin care se asigură în continuare irigaţia regiunii a cărei arteră principală este obliterată. Pentru cercetarea stării arterelor sînt utilizate aparate şi procedee diferite, dintre care menţionăm: *a*) *Oscilometria* înregistrează amplitudinea modificărilor de volum ale arterelor, corespunzătoare pulsului. Aparatul numit oscilometru este prevăzut cu o manşetă de cauciuc, ale cărei variaţii de volum pot fi citite pe un cadran indicator sau pot fi înregistrate pe hîrtie ori film fotografic. b) *Pletismografia* urmăreşte modificările de



Metode moderne de apreciere a stării funcţionale a arterelor şi a circulaţiei arteriale: *1* — oscilometru în legătură cu o manşetă de cauciuc (*2*), ce se aplică pe braţ, antebraţ, coapsă, gambă. Cu para de cauciuc (*3*) se creează o presiune în manşetă (*2*) prin introducerea de aer presiunea citindu-se pe scala *4*. Din cauza presiunii exercitate de manşetă, artera din segmentul respectiv este turtită şi nu mai presează; scăzînd presiunea din manşetă, cu ajutorul butoanelor *5*,*5'* încep să apară oscilaţii ale arterei, a căror amplitudine se poate citi pe cadranul *6*, sau se poate înscrie sub forma unei oscilograme (*15*); pulsul poate fi înscris cu ajutorul unei piese ce se aplică în regiunea unde se palpează uşor artera (*7*). Pulsaţiile sînt transformate în oscilaţii de curent electric cu ajutorul unui cristal piezoelectric (*8*) şi prin ştekerul *9* ajung la aparatul de amplificare şi înregistrare (*10*), a cărui peniţă înscrie pulsul (*11*) sau sfigmograma. Modificările de rezistenţă electrică ale unui segment din corp pot fi înregistrate cu 2 electrozi (+ şi —) conectaţi prin fişa *12* la aparatul *10*, cu ajutorul căruia se înscrie reograma (*13*). Modificările de volum ale unui segment (de exemplu, deget) pot fi înregistrate cu o cameră adecvată (*14*), aplicată în jurul degetului, conectată cu sistemul de înregistrare folosit şi pentru sfigmogramă. Se obţine pletismograma (*16*), ale cărei oscilaţii mici sînt date de puls, iar oscilaţiile mai mari, de mişcările respiratorii.

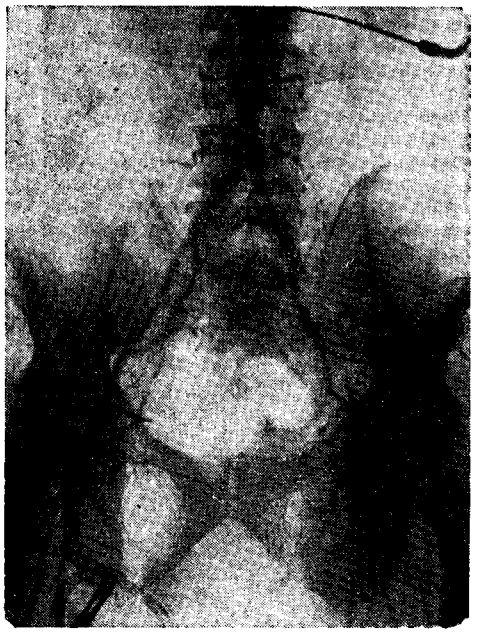
volum ale unui segment (de exemplu deget) care variază în funcţie de starea de relaxare sau de contracţie a arteriolelor segmentului respectiv. Aparatul numit *pletismograf*, constă dintr-un tub de metal sau sticlă în care poate intra antebraţul, mîna, gamba, sau

numai un singur deget. c) *Arteriografia* se bazează pe introducerea în vas a unei substanţe opace la raze X, cu efectuarea ulterioară a unor radiografii. Substanţa opacă este antrenată şi răspîndită în ramificaţiile vasculare, astfel încît pe radiografie apare imaginea patului vascular injectat. d) *Sfigmograma* urmăreşte caracterul pulsaţiilor arteriale percepute cu dispozitive speciale. Graficele obţinute pot da unele indicaţii referitoare la starea peretelui vascular cercetat (vezi puls). e) *Reografia* poate da indicaţii privind starea pereţilor vasculari, prin urmărirea modificărilor de rezistenţă electrică ale unui segment din corp, modificări care apar la fiecare undă a pulsului ce ajunge în regiunea respectivă. Aparatul utilizat în acest scop se numeşte reograf şi se bazează pe principiul dezechilibrului unei punţi electrice. f) Pentru studiul vaselor se mai practică *examene histologice* cu ajutorul microscopului, pe fragmente de ţesuturi recoltate de la bolnav (vezi biopsie). În cazuri speciale este nevoie de înlocuirea unui segment arterial bolnav cu o arteră de la indivizi din aceeaşi specie sau cu tuburi din material plastic. În aceste cazuri ca şi în cazurile de rupturi arteriale, pereţii vasculari pot fi cusuţi cu ajutorul unor aparate speciale. *Puncţie arterială*, introducerea unui ac într-o arteră în vederea recoltării de sînge, a injectării unor substanţe medicamentoase (injecţii intraarteriale) sau a efectuării arteriografiei. În acest scop sînt folosite de obicei arterele humerală şi femurală. Pentru date suplimentare privind funcţiile arterelor vezi şi termenii: circulaţie, capilar, aparat cardiovascular.

arteriografie, metodă de înregistrare radiografică a arterelor, după opacificarea lor prealabilă cu ajutorul unei substanţe de contrast (impermeabilă pentru razele X). Arteriografia vaselor cerebrale, renale, aortei abdominale sau vaselor membrelor stabileşte nivelul la care un vas este obstruat (embolie, endarterită obliterantă) şi dacă prezenţa circulaţiei colaterale poate suplini nevoile de irigare locală. Arteriografia se practică de regulă numai în cazurile în care este strict indispensabilă unei intervenţii chirurgicale.

arterioscleroză, îngroşare şi sclerozare a pereţilor arterelor şi arteriolelor, cu pierderea elasticităţii acestora, care duce în mod progresiv la instalarea unor tulburări de irigaţie a organelor şi ţesuturilor respective. Termenul de arterioscleroză este învechit şi nu mai corespunde cunoştinţelor medicale actuale, deoarece încadrează, pe baza semnelor exterioare, o serie de afecţiuni care nu au nimic comun nici în ce priveşte cauzele şi mecanismul lor de producere şi nici în ce priveşte modificările pe care le provoacă în organism. Din grupul de boli cuprinse în acest termen, cea mai răspîndită este *ateroscleroza*; alte boli la care se poate referi acest termen este arterioscleroza (sclerozarea arteriolelor) din boala hipertensivă.

arterită, inflamaţie a arterelor. Arteritele mai des întîlnite sînt: *endarterita obliterantă*, care atinge bărbaţii tineri şi *arterita ateroscleroasă* (vezi ateroscleroză), care se întîlneşte la vîrstnici. La femei, arteritele sînt rare. Unele observaţii indică frecvenţa bolilor

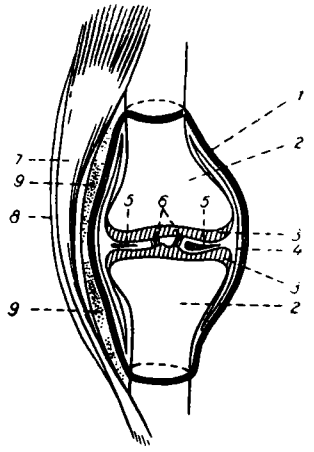


Arteriografie lombară după injectarea unei substanţe de contrast.

infecţioase (tifos exantematic) în antecedentele arteriticilor; de asemenea, frigul umed şi fumatul sînt factori favorizanţi. Arterita se localizează de preferinţă la vasele membrelor inferioare, debutînd fie printr-o senzaţie de greutate la gleznă sau pulpă, care apare la mers, fie prin crampe la acelaşi nivel. Durerea vie la mers (*claudicaţie intermitentă*) cedează la repaus şi reapare la o nouă tentativă de mers. În perioadele mai avansate, durerile survin chiar la repaus şi se pot însoţi de tulburări trofice; pielea devine uscată, muşchii gambelor se atrofiază. Cu vremea apar ulceraţiile sau gangrena, la început sub forma unei pete violacee la pulpa degetelor, care ulterior se ulcerează, ajungînd la distrugerea completă a ţesuturilor. *Tratamentul* arteritelor urmăreşte suprimarea durerii, oprirea progresiunii bolii, dezvoltarea unei circulaţii vasculare care să înlocuiască vasul inflamat, prevenirea şi tratarea gangrenei. Cînd boala este în plină evoluţie se recomandă respectarea repausului la pat, cu îndepărtarea factorilor care favorizează boala: frigul umed, tutunul, infecţiile locale. Igiena picioarelor arteriticului trebuie să fie exemplară: baie zilnică, pudrarea cu talc a spaţiilor dintre degete, încălţăminte caldă şi comodă. În forma ateroscleroasă se

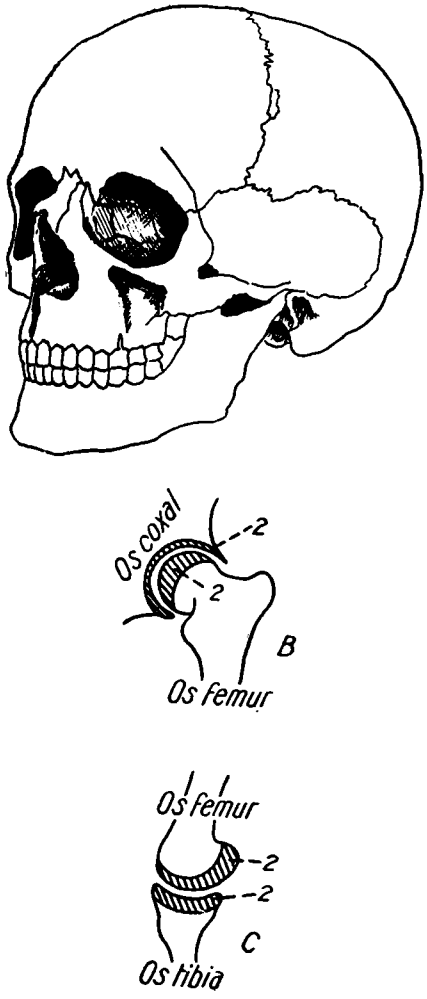
indică regim alimentar fără grăsimi. În caz de diabet, care trebuie totdeauna suspectat la un arteritic, se recomandă tratament cu insulină, iar în infecții, tratament cu antibiotice. Medicamentele folosite în arterite sînt foarte variate și urmăresc combaterea durerii și dilatarea vaselor. Mijloacele fizioterapice se folosesc la începutul bolii sub formă de băi de lumină, hidroterapie, gimnastică medicală. Cazurile care nu beneficiază de tratamentul medical trebuie să se adreseze chirurgului pentru simpatectomie.

articulație, locul de contact între două sau mai multe oase (vezi schelet). O articulație este formată din mai multe elemente: suprafețele articulare ale oaselor ce vin în contact, cartilajul articular care acoperă suprafețele articulare și o capsulă articulară, care înfășură zona de contact a oaselor, delimitînd în interior un spațiu redus, numit cavitate articulară, căptușită la rîndul ei cu o membrană sinovială. Membrana sinovială secretă un lichid sinovial, care ajută alunecarea cartilajelor articulare. La articulațiile fixe (suturi), cavitățile articulare lipsesc. Articulațiile sînt de mai multe feluri. Unele nu permit mișcarea oaselor ce vin în contact (de exemplu, articulațiile dintre oasele craniului) și se numesc suturi, deoarece sudează, solidarizează, oasele între ele. Altele permit doar mișcări limitate, reduse cum sînt cele dintre coaste și stern, dintre oasele pubiene ș.a. Articulațiile numite mobile permit mișcări largi într-o singură direcție



Schema unei articulații complexe: *1* — capsula articulară; *2* — capăt osos intraarticular; *3* — cartilaj articular; *4* — membrană sinovială; *5* — menisc; *6* — ligamente intraarticulare; *7* — tendon vecin cu articulația; *8* — bursă seroasă; *9* — țesut gras (grăsime).

[de exemplu, articulația cotului permite doar îndoirea (flexia) și dezdoirea (extensia) antebrațului pe brat] sau în toate direcțiile (de exemplu, articulațiile umărului și șoldului în care membrul superior sau respectiv membrul inferior pot face mișcări înainte, înapoi, laterale și de rotație). Structura articulațiilor variază cu importanța și funcția oaselor în cadrul scheletului. Astfel, oasele cutiei craniene care protejează un organ fragil – creierul – nu permit mișcări între ele. Părțile osoase



Tipuri de articulații: *A* — suturi între oasele cutiei craniene (*1*); *B* — articulație mobilă la șold, de formă cvasisferică; *C* — articulație mobilă în formă de balama, la genunchi; *2* — cartilaj articular.

care vin în contact sînt zimțate, se întrepătrund, iar cavitate articulară nu există, astfel încît se creează condiții optime de aderență și fixare. Invers, articulațiile în care este nevoie de mișcări largi au o cavitate articulară cu lichid sinovial ce ajută alunecare, iar capetele articulare ale oaselor în contact sînt unul proeminent, celălalt scobit, de forme corespunzătoare tipului de mișcare.

Pentru un sprijin mai bun al oaselor şi pentru o mai bună solidarizare a lor pot exista în articulaţii cartilaje de formă corespunzătoare (meniscuri la genunchi) şi ligamente intraarticulare care prind între ele capetele osoase. Presiunea negativă (vidul) din cavităţile articulare normale au, de asemenea, un rol foarte important în menţinerea alăturată a capetelor osoase. Capsulele articulare sînt formate din benzi de ţesut conjunctiv care, prinzîndu-se pe cele două capete osoase, protejează articulaţia şi limitează mişcările ce se pot efectua la nivelul ei. Tendoanele muşchilor care trec în vecinătatea articulaţiilor mari sînt despărţite de capsula articulară prin ţesut gras sau formaţiuni speciale care ajută alunecarea (burse seroase). Articulaţiile reprezintă regiuni sensibile la modificările atmosferice (umiditate, temperatură scăzută), la infecţii şi traumatisme care pot provoca inflamaţii articulare (artrite), deformări articulare şi chiar pierderea mobilităţii la nivelul lor (anchiloze). După fracturi, la locul de contact dintre fragmentele osului fracturat, pot apărea articulaţii false, numite *pseudartroze*. Pseudartrozele reprezintă de fapt zone de reparare anormală a osului în care nu se produce osificare completă, la acest nivel fiind posibile mişcări ale fragmentelor osului fracturat. Articulaţiile, în special cele fixe, se pot osifica către bătrîneţe, în locul cartilajului apărînd ţesut osos. Acest fenomen se întîmplă în special la articulaţiile cuştii toracice, avînd drept consecinţă o diminuare a mişcărilor respiratorii. La oasele capului, fenomenul amintit se produce mult mai devreme, astfel încît chiar la craniul de om adult se pot observa asemenea transformări datorită cărora zonele articulare aproape nu se mai observă.

artrodeză, suprimarea mobilităţii unei articulaţii printr-o anchiloză artificială, care se realizează chirurgical, fie prin suprimarea suprafeţelor articulare, fie cu ajutorul unui grefon osos, recoltat dintr-o coastă sau din osul tibia. Calusul osos care se formează imobilizează articulaţia. Se practică în articulaţiile balante după paralizii musculare sau în artritele tuberculoase, în care se urmăreşte imobilizarea definitivă a articulaţiei.

artroză, îmbolnăvire cronică a articulaţiilor; survine de regulă în a doua jumătate a vieţii şi se datoreşte uzurii cartilajului care acoperă suprafeţele articulare ale oaselor. Cel mai frecvent sînt atinse articulaţiile membrelor inferioare şi coloana vertebrală. Este de remarcat că nu există o suprapunere perfectă între durerile de care se plînge bolnavul şi modificările oaselor. Radiografia arată deseori leziuni osoase impresionante, care nu se însoţesc de dureri, şi invers, modificări abia vizibile pe clişeul radiografic, pot provoca dureri foarte mari. De obicei, în aceste cazuri intervin şi alţi factori, ca de pildă o infecţie latentă din organism avînd localizare în amigdale, dinţi, ovare sau prostată (vezi *infecţie de focar*), care „încălzeşte" artroza şi o face să devină dureroasă. *Tratamentul* în criză reclamă repaus, piramidon, aspirină, antadol. După cedarea inflamaţiei se trece la asanarea focarelor, tratament cu agenţi fizici (ultrascurte raze Röntgen, împachetări cu parafină), tratament balnear (în Staţiunile Victoria, Govora, Pucioasa, Tekirghiol, Herculane).

asanare, *a*) curăţirea vegetaţiei de pe malurile apelor stătătoare în scopul creării de condiţii nefavorabile pentru dezvoltarea larvelor de ţînţari (anofeli), metodă utilizată în combaterea malariei; b) tratarea şi vindecarea unui focar de infecţie din organism (infecţii dentare, colecistice, apendiculare); c) salubrizare, folosit într-un sens mai limitat (locuinţă, şcoală, atelier) sau într-un sens mai general (cartier, oraş — îndepărtarea sau anihilarea unor surse de impurificare a aerului, a solului sau a bazinelor naturale de apă).

ascaridioză, boală parazitară produsă de un vierme (*Ascaris lumbricoides*), foarte răspîndită în special la copii. Viermele (numit şi limbric) are cam 20 cm lungime, este cilindric, albgălbui. Masculul este ceva mai mic decît femela. Gazda este omul, viermele trăind în tubul digestiv (în special intestin). Ouăle se elimină cu materiile fecale, răspîndindu-se pe sol. Omul se infectează o dată cu alimentele infestate, mai ales fructe, zarzavaturi, murdărite cu pămînt ce conţine ouă de ascarid. O dată înghiţite, din ouă ies larve, care străbat peretele intestinului, ajung în ficat, trec în circulaţia venoasă, ajung la inimă, de aici la plămîni, de unde, prin bronhii, trahee, laringe, pînă în faringe (ciclul perienteric), de unde, fiind înghiţite, ajung din nou în tubul digestiv. Abia acum larva se transformă în vierme adult. De obicei, viermii adulţi trăiesc în intestin, dar pot urca în esofag şi se elimină pe gură, sau intră pe trahee, pot pătrunde prin canalul coledoc în ficat sau pot pătrunde în apendice, producînd astfel diferite complicaţii. Numărul viermilor care parazitează un individ este variabil: adesea sînt foarte mulţi, formînd uneori gheme de ascarizi, care pot împiedica tranzitul intestinal şi produce ocluzie intestinală. La copii mai ales, boala se manifestă prin oboseală, mîncărimi anale şi nazale, anemie, scădere în greutate, dureri abdominale, scăderea atenţiei şi memoriei, dureri de cap, mai rar fenomene nervoase (convulsii, mişcări involuntare etc.). De asemenea, ascaridioza scade rezistenţa organismului faţă de diferite infecţii (scarlatină, rujeolă, difterie etc.), acestea evoluînd mai grav. Diagnosticul se precizează prin eliminarea viermilor şi recunoaşterea lor după dimensiuni şi formă şi prin găsirea ouălor de ascarid în materiile fecale, cu ajutorul laboratorului. *Tratamentul* se face cu santonină timp de 3 zile, administrîndu-se şi un purgativ salin (sulfat de sodiu) în ziua a 2-a şi a 3-a. Santonina are eficacitate în majoritatea cazurilor şi acţionează numai asupra formelor adulte din intestin. Este un vermifug care nu omoară ascarizii, dar îi intoxică şi îi face

să poată fi eliminaţi prin mişcările peristaltice ale intestinului. Se mai utilizează piperazina, tot un medicament vermifug cu efecte foarte bune, care paralizează viermele. Hexilrezorcina este un alt medicament utilizat cu acţiune vermicidă şi cu o eficacitate şi mai mare. Profilaxia se face prin împiedicarea răspîndirii fecalelor la suprafaţa solului, deci existenţa de latrine construite corect, prin spălarea înainte de consum a zarzavaturilor care sînt irigate cu ape curgătoare ce pot conţine ouă de ascarizi provenite din apele reziduale care se varsă în ele, prin igiena mîinilor (la copii mai ales, unghiile tăiate, spălarea mîinilor totdeauna înainte de masă).

ascită, acumulare de lichid în cavitatea abdominală. Apare în cadrul edemului generalizat (vezi edem), în cursul bolilor de inimă sau de rinichi sau în cursul cirozei ficatului sau tumorilor care produc staza sanguină în sistemul venei porte. Din cauza compresiunii, capilarele se dilată, iar lichidul trece din vase în cavitatea peritoneală. Ascita mai poate fi întîlnită în cursul infecţiei tuberculoase, ca urmare a însămînţării seroasei peritoneale cu bacili Koch (peritonită tuberculoasă). Cantitatea de lichid acumulată într-o ascită poate atinge 10—20 şi chiar 30 de litri. În ascitele mari, abdomenul creşte brusc, intră sub tensiune, ombilicul proemină, pielea întinsă devine lucioasă, marcată de venele dilatate (circulaţia colaterală). *Tratamentul* ascitei se adresează bolii care a produs-o.

Asclepios, zeul vindecării la grecii antici (*Esculap* la romani). Ar fi fost fiul lui Apollo şi ar fi primit cunoştinţele medicale de la centaurul Chiron. Fiindcă a înviat o sumedenie de morţi, golind astfel în bună parte lumea subpămînteană, Zeus l-a fulgerat şi l-a aşezat printre constelaţii. Avea ca simbol cocoşul, cîinele şi mai ales şarpele. Un templu vestit îi era consacrat la Epidaur.

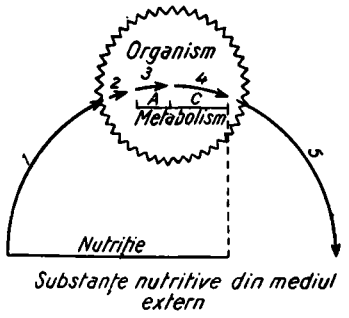
asepsie, metodă de prevenire a infectării plăgilor prin sterilizarea tuturor materialelor şi obiectelor care vin în contact cu plaga (instrumente, comprese, mîinile chirurgului). Primii care au arătat posibilităţile de infectare a plăgilor sau a bolnavilor chirurgicali prin contagiune directă au fost medicul maghiar Ignat Semmelweis şi chirurgul rus I. N. Pirogov. Louis Pasteur, prin descoperirea microbilor, a adus dovada sigură a infecţiei şi a stabilit legătura de la cauză la efect a contagiunii. Sterilizarea materialelor se face în mod curent prin căldură: prin vapori de apă în autoclav la 2—2,5 atmosfere, la o temperatură de 136—140°, timp de 30 de minute; prin fierbere, timp de 30 de minute; prin aer supraîncălzit, timp de 30—40 de minute (pentru instrumente). Unele materiale (sonde, bujii, cistoscoape), care se strică la fierbere, se sterilizează cu ajutorul vaporilor de formol, în cutii speciale. Sterilizarea mîinilor chirurgului se face prin spălare cu apă şi săpun timp de 10—15 minute, iar a cîmpului operator sau a pielii din jurul plăgilor, cu tinctură de iod sau alcool. Tot în cadrul măsurilor de asepsie intră şi dezinfectarea sălii de operaţie şi a aerului din ea, prin formolizarea după operaţiile septice şi utilizarea lămpilor bactericide cu raze ultraviolete. Se

Asclepios (Esculap)

poate spune că succesul chirurgiei se datoreşte descoperirii asepsiei. Astăzi, asepsia, care era o metodă chirurgicală, s-a extins şi în domeniul bolilor infecţioase (vezi antisepsie).

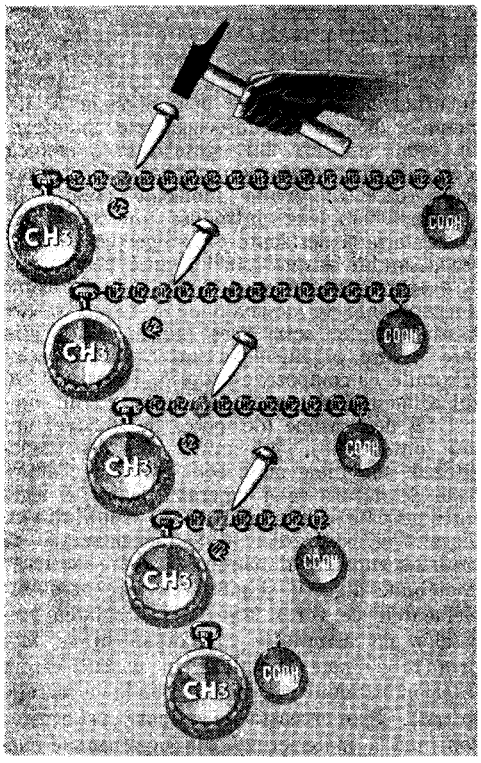
asimilaţie, proces de înglobare a substanţelor nutritive în materia vie din celulele organismelor animale şi vegetale. Asimilaţia face parte din procesul de nutriţie şi corespunde *anabolismului* din materia vie (vezi metabolism) prin care, utilizîndu-se diverse elemente simple şi energie, sînt sintetizate substanţe mai complexe (protoplasmă celulară, substanţă osoasă). Opusul asimilaţiei este procesul de *dezasimilaţie* corespunzător *catabolismului* din materia vie. Asimilaţia este un proces de bază prin care se explică menţinerea vieţii organismelor vegetale şi animale, precum şi procesele de creştere în greutate, volum, înălţime. Între ea şi procesul opus de dezasimilaţie există anumite raporturi care variază la acelaşi organism în diferite condiţii.

Astfel, la nou-născut, asimilația este foarte intensă și predomină cu mult asupra dezasimilației. Acest fapt explică intensitatea creșterii copilului de vîrstă mică în comparație cu cel de vîrstă mai mare (vezi creștere).



Schema schimburilor de substanțe dintre organism și mediu, prin care se asigură viața: *1* — procurarea alimentelor, inclusiv introducerea lor în organism (alimentație); *2* — transformarea alimentelor în substanțe simple utilizabile de organism (digestie și absorbție); *3* — transformarea elementelor preparate prin fazele anterioare, în substanță vie (asimilație), prin înglobarea acestor elemente în prefacerile chimice celulare (metabolism cu cele două faze: *A* — anabolism și *C* — catabolism); *4* — degradarea substanței vii și transformarea ei în secreții, excreții cri alte deșeuri (dezasimilație), care pînă la eliminarea lor din organism mai pot avea unele acțiuni de coordonare și întreținere a proceselor vitale (de exemplu secrețiile interne sau hormonii, secrețiile digestive, bioxidul de carbon etc.); *5* — eliminarea substanțelor rezultate din metabolismele celulare, în mediul extern.

La organismul adult se stabilește un echilibru între cele două procese de asimilație și dezasimilație, iar la organismele bătrîne apare o oarecare predominanță a dezasimilației față de asimilație. În unele boli (hipotiroidism), în care se constată o tendință la îngrășare, există o predominanță a proceselor de asimilație asupra celor de dezasimilație. În alte boli (cașexie, cancer) apare o tendință marcată de slăbire care coincide cu o mare predominanță a fenomenelor de dezasimilație asupra celor de asimilație. Procesul de asimilație este deosebit la diferite grupuri de ființe vii, variind cu gradul de complexitate a organizării ființei respective. El a putut fi clasificat cu ajutorul elementelor radioactive, ale căror transformări în cursul procesului de asimilație au putut fi ușor urmărite. Astfel, la organismele monocelulare, asimilația se poate face prin înglobarea directă a substanțelor nutritive simple din mediul înconjurător. La organismele evoluate apare o complexitate mai mare a procesului de asimilație, care se efectuează în legătură cu alte procese complexe, cum sînt digestia și absorbția. Procesul de asimilație este de fapt a doua fază a nutriției organismelor vii. În prima fază, substanțele nutritive mai complexe, existente în mediul înconjurător, sînt transformate prin digestie în substanțe simple, pe baza cărora se poate sintetiza, în faza a doua, de asimilație, substanța vie specifică organismului respectiv. Organismele vegetale și unele specii de bacterii au capacitatea să sintetizeze substanțele organice care intră în compoziția materiei vii proprii din elemente chimice anorganice (simple) din mediul înconjurător utilizînd energia luminoasă. Acest proces de asimilație este cunoscut și sub numele de *fotosinteză*. Pentru efectuarea lui, pigmentul verde al plantelor (clorofila) joacă un rol deosebit. Unele bacterii folosesc pentru sinteza hidrocarbonatelor din bioxid de carbon și apă o energie eliberată în urma efectuării unor reacții chimice, cum sînt procesele de oxidare a altor substanțe, în înseși corpul bacteriei. Organismele care pot realiza substanțele organice ce stau la baza materiei vii proprii, din elemente anorganice simple, cu ajutorul energiei luminoase, chimice, se numesc organisme *autotrofe*. Organismele animale, inclusiv omul, își sintetizează materia vie proprie



Un proces invers asimilației este dezasimilația. O moleculă de acid gras este desfăcută treptat. Dalta și ciocanul au rolul unei enzime.

doar pe baza substanțelor organice sintetizate de organismele autotrofe. Pentru acest motiv, aceste organisme se numesc *heterotrofe*. În cadrul organismelor heterotrofe, substanțele organice introduse în corp prin alimentație sînt descompuse în substanțe organice simple,

pe baza lor construindu-se substanţele organice, corespunzătoare materiei vii proprii. Acest fenomen se aseamănă cu procesul de dărîmare a unei case pînă în stadiul de cărămizi, şi reconstrucţia ulterioară a unei alte case, altfel alcătuită. Materia vie este formată în linii generale din trei grupe de substanţe organice, şi anume: hidrocarbonate (hidraţi de carbon, glucide sau zaharuri), proteine (substanţe proteice), lipide (grăsimi). Sinteza acestor substanţe organice se face în mod diferit în cadrul procesului de asimilaţie, de către organismele heterotrofe şi autotrofe. Organismele autotrofe sintetizează *hidrocarbonatele* din bioxid de carbon şi apă, utilizînd pentru sinteză energie luminoasă sau chimică, aşa cum am amintit. *Proteinele* sînt sintetizate însă pe baza hidrocarbonaţilor realizaţi în prealabil de ele şi prin înglobarea azotului din aer (în aerul atmosferic există aproximativ 79% azot) sau din diferite săruri de azot existente în apă sau pămînt. În mod similar, pornindu-se de la folosirea substanţelor hidrocarbonate în prealabil formate, sînt sintetizate *lipidele*. Organismele heterotrofe sintetizează *hidrocarbonatele complexe* necesare vieţii (glucoză, glicogen) din zaharuri simple provenite în urma descompunerii prin digestie a alimentelor bogate în hidrocarbonate complexe. În mod similar sînt sintetizate *proteinele complexe* din organismul animal, din aminoacizi, care reprezintă molecule simple de proteine complexe introduse în corp prin alimentaţie şi desfăcute prin digestie. *Lipidele* organismului animal sînt proprii pentru fiecare specie în parte, deoarece orice grăsime din alimente se descompune în corp în elemente simple (acizi graşi şi glicerină), din care fiecare organism îşi sintetizează ulterior grăsimile cu compoziţie proprie. Totuşi, în cazul alimentaţiei mai îndelungate cu un anumit fel de grăsime (de porc, de pasăre, unt sau untdelemn), grăsimile care se depozitează sub piele au o compoziţie care aminteşte de natura celei ingerate. Datorită legăturii pe care o are procesul de asimilaţie cu digestia şi absorbţia alimentelor reiese că pentru o bună asimilaţie sînt necesare existenţa unei bune digestii şi absorbţii care pregătesc elementele ce vor fi asimilate. Reglarea proceselor de asimilaţie din organism se face prin mecanisme complexe în cadrul cărora intervin sistemul nervos şi glandele cu secreţie internă. Prin aceasta se asigură primenirea continuă a materiei vii din organismele vieţuitoare.

asistenţă medicală, cadru sanitar mediu cu pregătire superioară. Dezvoltarea actuală a ştiinţei medicale a făcut necesar ca medicii să aibă în jurul lor ajutoare bine pregătite. De aceea, asistenţii medicali posedă studiile medii complete (examen de maturitate) şi o şcoală tehnică sanitară, unde sînt formaţi pe specialităţi: medicină generală, pediatrie, obstetrică-ginecologie, igienă, radiologie, laborator, stomatologie etc. Asistenţii medicali care se disting în munca profesională au drumul deschis către studiile medicale superioare.

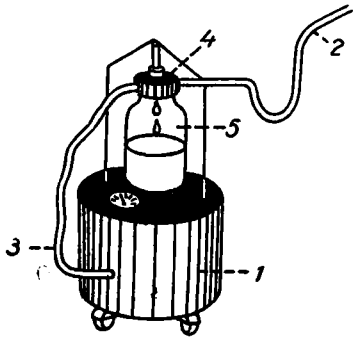
Asistentă medicală.

asistenţă medicală, drept al tuturor oamenilor muncii din ţara noastră, garantat de Constituţia R.P.R. şi asigurat în mod gratuit. Dezvoltarea asistenţei medicale în ţara noastră este ilustrată prin cîteva cifre grăitoare: creşterea de trei ori a numărului de medici şi de şase ori a numărului de cadre sanitare medii, faţă de anul 1938; creşterea numărului paturilor de spital, faţă de acelaşi an, de la 30 812 la 106 112 (1961); creşterea numărului de paturi în unităţile antituberculoase de la 3 773 la 27 457 şi în unităţile de asistenţă medicală pentru copii de la 1 350 la 21 503. Paralel cu creşterea în ritm rapid a numărului de unităţi medicale şi cu înzestrarea acestora cu aparataj şi instrumentar la nivelul tehnicii mondiale, se urmăreşte consecvent asigurarea unei asistenţe medicale înalt calificate şi specializate, prin organizarea de cursuri pentru specializarea şi perfecţionarea medicilor, dezvoltarea activităţii ştiinţifice în numeroasele institute noi de specialitate, prin crearea de largi posibilităţi pentru medici de a se documenta, a fi la curent şi a aplica în practică cele mai noi cuceriri ale ştiinţei medicale contemporane. *Asistenţă medicală de urgenţă*, rezolvarea cazurilor de îmbolnăvire care necesită un ajutor medical imediat. Se realizează printr-un complex de măsuri privind organizarea activităţii unităţilor medicale (crearea serviciilor de gardă în spitale şi policlinici,

organizarea serviciilor de tratament la domiciliu în cadrul policlinicilor), ca şi prin organizarea de unităţi speciale: serviciile Salvării, în marile oraşe, şi aviaţia sanitară (Aviasan) care transportă rapid bolnavii, necesitînd internarea în anumite spitale, sau transportă spre bolnav medici specialişti chemaţi să rezolve cazuri care depăşesc competenţa medicilor locali (operaţii pe cord deschis, pe creier), transportă şi parașutează sînge conservat, preparate de sînge, seruri sau diverse medicamente de care depinde salvarea celui aflat în primejdie. În interesul bunei şi rapidei desfăşurări a acordării asistenţei medicale de urgenţă — de care depinde uneori viaţa unui om — fiecare cetăţean are datoria să se informeze asupra modului în care este organizată această asistenţă în localitatea unde trăieşte şi la locul său de muncă, spre a nu fi surprins nepregătit la caz de nevoie. De asemenea, este deosebit de utilă cunoaşterea de către fiecare cetăţean a noţiunilor de acordare corectă a primului ajutor în caz de urgenţă, pînă la intervenţia medicului. Aceste noţiuni se predau prin cursurile sanitare de masă ale Crucii Roşii (G.P.A.S., de echipieri sanitari), care sînt organizate pretutindeni, fiind uşor accesibile oricui doreşte să le urmeze. Termenul de asistenţă medicală se foloseşte şi în sens mai restrîns, indicîndu-se o anumită specialitate: *asistenţă obstetricală, asistenţă chirurgicală, asistenţă ambulatorie* (la dispensar, la policlinică) etc.

Aviasan.

aspiraţie, procedeu de extragere printr-un tub a unui fluid sau particule de corpuri solide cu ajutorul presiunii negative (vid) exercitată la capătul tubului înspre care se produce deplasarea. În medicină, procedeul are mai multe întrebuinţări: a) *în scop diagnostic*, se extrag prin aspiraţii, după o puncţie (vezi puncţie) lichide anormale din diferite cavităţi ale organismului (pleură, articulaţii, abdomen) în scopul analizei lichidului respectiv. Tot în scop diagnostic se pot extrage fragmente de ţesut (ficat, plămîni, rinichi) pentru analiză chimică sau anatomopatologică (vezi biopsie); b) *în scop terapeutic*, aspiraţia reprezintă un procedeu de extragere a corpilor străini sau a lichidelor patologice din cavităţile organismului sau din unele organe. În edemul pulmonar se pot face aspiraţii de pe trahee a secreţiilor şi lichidelor care împiedică respiraţia. La nou-născut, prin aspiraţie pot fi extrase lichidul amniotic sau corpii străini care împiedică prima respiraţie a copilului. În timpul intervenţiilor chirurgicale, sîngele este aspirat din plagă pentru curăţirea cîmpului operator cu ajutorul unui aparat special numit aspirator chirurgical.



Aspirator chirurgical fabricat în R.P.R. (tip I.T.M.): *1* — pompă aspiratoare ce aspiră aer şi lichide (sînge) dinspre piesa metalică (*2*) spre tubul de cauciuc (*3*). În drum, lichidul ajunge în capacul metalic (*4*), de unde cade în borcanul de sticlă (*5*), care poate fi golit după umplere.

Assaky George (1855—1899), chirurg romîn, a cărui teză de doctorat intitulată „Despre sutura nervilor la distanţă", susţinută în 1886, la Paris, constituie punctul de plecare pentru cercetările moderne privind regenerarea nervilor. A fost profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti.

astenie nervoasă, vezi nevroză.

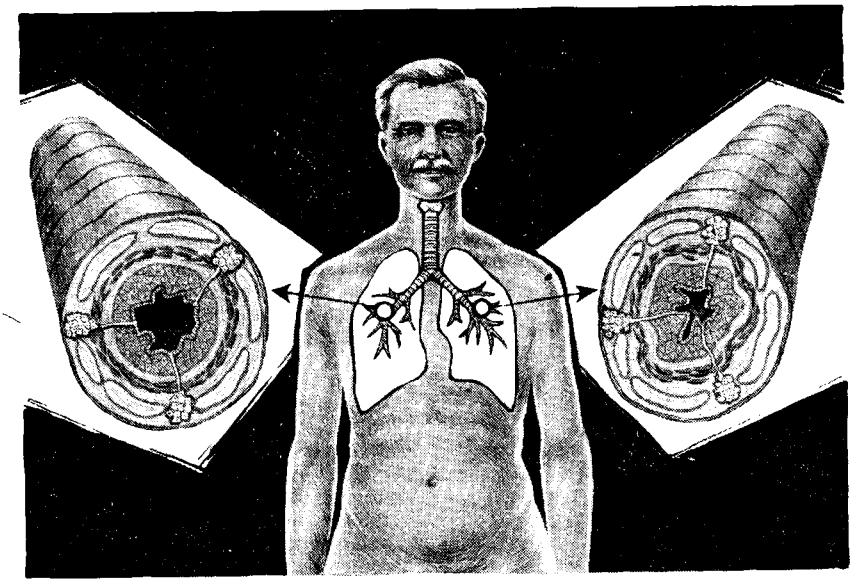
astereognozie, tulburare de sensibilitate cu un caracter deosebit în care bolnavul nu recunoaşte un obiect pe care îl atinge, îl pipăie (bolnavul fiind cu ochii închişi), deşi sensibilitatea este păstrată sau foarte puţin alterată (adică simte atingerea, duritatea sau temperatura corpului respectiv). Este o tulburare care apare prin lezarea unei porţiuni din scoarţa cerebrală.

astigmatism, defect de refracţie datorit curburii neobişnuite a corneei sau a cristalinului. Pacientul vede lucrurile deformate,

George Assaky

alungite, neclare. Astigmatismul poate fi regulat, cînd diversele puncte ale aceluiaşi meridian au aceeaşi refracţie. În cicatrice corneene sau keratocon avem refracţie diferită pe acelaşi meridian — astigmatismul neregulat — se poate face şi cu lentile de contact.

astm, acces de sufocare. Principalele forme descrise în clinică sînt: a) *Astm bronşic*, boală caracterizată prin accese de sufocare determinate de spasmul bronhiilor mici; acest spasm al musculaturii netede din bronhiole poate fi provocat de cauze variate şi apare datorită unei stări de excitaţie crescută a nervului vag sau a unor tulburări alergice locale. Aceste fenomene sînt determinate de pătrunderea unor particule mici (polen, particule de lînă, peri, praf) sau a produselor rezultate din distrugerea germenilor care întreţin o inflamaţie bronşică (bronşită); particulele sensibilizante se cheamă alergene (vezi alergie) şi acţionează astfel numai pe un teren obişnuit să răspundă printr-un spasm bronşic în prezenţa lor. De obicei, criza de astm survine brusc şi de cele mai multe ori noaptea, bolnavul fiind trezit din somn de o sete de aer. El are impresia că se sufocă, că respiraţia, în special eliminarea aerului din plămîn, este blocată. Se scoală din pat, aleargă la fereastră pe care o deschide şi se reazemă cu mîinile de pervazul ferestrei spre a-şi înlesni astfel contracţia muşchilor expiratori. Această stare caracteristică crizelor de astm durează 2—4 ore, după care bolnavul începe să expectoreze o spută vîscoasă, abundentă, cu aspect perlat; apariţia expectoraţiei anunţă sfîrşitul crizei. Dacă accesele se repetă unul după altul, fără o perioadă de linişte, este vorba



Astm bronşic. *Stînga*: bronhie cu lumenul normal; *dreapta*: bronhie cu lumenul mult micşorat.

gulat. Corectarea astigmatismului se face cu lentile cilindrice, ce modifică numai direcţia razelor care trec prin axul optic al cilindrului. Corectarea astigmatismului — mai ales a celui

de o *stare de rău astmatic*. Dacă se bănuie că accesul este provocat de un anumit alergen se încearcă stabilirea naturii acestuia spre a se putea trece la o desensibilizare progresivă

a bolnavului. Această bănuială este trezită mai ales atunci cînd astmaticul mai prezintă şi alte manifestări alergice: urticarie, coriză de fîn. Dacă sînt prezente manifestări inflamatoare (traheită, bronşită, congestie pulmonară), acestea se combat cu antibiotice. *Tratamentul* crizei se face, la avizul medicului, cu Corfilin, Papaverină, Efedrină, Atropină, Astmosedin; acestea din urmă nu se administrează în caz de hipertensiune arterială. În starea de rău astmatic şi cînd medicamentele de mai sus s-au dovedit lipsite de efect se recurge la cortizon sau ACTH. Prevenirea acceselor pretinde uneori schimbarea locului de muncă şi chiar a localităţii. Se va da toată atenţia tratării prompte a oricărei inflamaţii a căilor respiratorii. b) *Astm cardiac*, accese bruşte de sufocare (dispnee) provocate de o insuficienţă cardiacă acută. Survine după eforturi fizice, emoţii, mese abundente, dar şi în plin repaus. Noaptea, la cîteva ore de la culcare, bolnavul poate fi trezit brusc din somn de o apăsare în piept, însoţită de o senzaţie de lipsă de aer. El prezintă o respiraţie grea, precipitată, tuşeşte de cîteva ori, expectorînd o spută spumoasă ca albuşul de ou bătut. În toată această perioadă este obligat să păstreze poziţia şezîndă, care-l linişteşte şi-i permite să-şi reia somnul. În cazurile mai grave, însă, dispneea se accentuează şi se însoţeşte de tuse persistentă, urmată de expectoraţie spumoasă, de culoare roz; în plămîni se aud zgomote respiratorii particulare: bolnavul face o criză gravă de *edem pulmonar*. *Tratamentul* astmului cardiac constă în administrare de oxigen, pantopon, strofantină în vînă şi eventual sîngerare. Pînă la venirea medicului, băile fierbinţi la picioare sau cataplasmele de muştar pe gambe sînt binevenite.

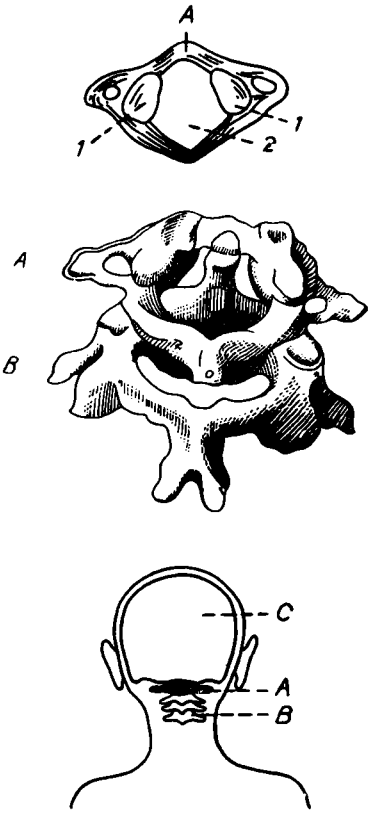
ataxie, tulburare în coordonarea armonioasă a mişcărilor şi care se evidenţiază mai ales cînd bolnavul merge. Deosebim următoarele forme de ataxie: ataxie cerebeloasă (în leziuni ale creierului mic). Bolnavul merge nesigur cu oscilaţii în toate sensurile, aşa cum le vedem la omul beat; ataxie vestibulară (prin leziuni ale aparatului vestibular). În timpul mersului, bolnavul deviază sau cade pe o anumită parte; ataxie tabetică (prin leziuni ale nervilor sau căilor nervoase care transmit la creier sensibilitatea profundă alcătuită din fibre nervoase care informează scoarţa cerebrală, de poziţia diferitelor părţi ale corpului sau membrelor). Se caracterizează printr-un mers nesigur, cu lipsa mişcărilor armonioase mai ales ale picioarelor. Este caracteristic în *tabes* (vezi tabes), dar şi în alte boli neurologice; ataxie frontală prin leziuni (mai ales prin tumori) ale lobilor frontali. În această ataxie frontală, mersul este nesigur sau imposibil. Constituie de fapt o pierdere (o uitare) a mişcărilor care trebuie făcute (este o apraxie, vezi apraxie). Tratamentul urmăreşte întîi să înlăture cauza bolii; de asemenea, exerciţiile fizice pot uneori corecta această tulburare.

atebrină — vezi malarie.

ateroscleroză, boală arterială cronică; ea se datoreşte unei infiltrări a tunicii interne a arterelor de calibru mare cu depozite constituite din lipide, colesterol şi uneori de calciu, la care se asociază un proces de scleroză a acestei tunici. Aceste depozite aterosclerotice duc la îngroşarea peretelui şi strîmtorarea calibrului vascular, cu pierderea elasticităţii arteriale. Din această cauză, arterele se dilată şi revin insuficient sub acţiunea fluxului sanguin; acesta îşi face drum mai greu, necesitînd, ca urmare, o activitate sporită din partea pompei cardiace. Ateroscleroza este totdeauna însoţită de hipertensiune, dar este greu de precizat dacă hipertensiunea grăbeşte instalarea aterosclerozei sau dacă dimpotrivă aceasta determină hipertensiunea prin modificarea elasticităţii vaselor. Cauzele aterosclerozei sînt numai în parte cunoscute. S-a constatat însă că există o strînsă legătură între alimentaţia bogată în grăsimi, în special de origine animală, şi apariţia acestei boli. În timp ce la populaţia oraşelor mari, unde se consumă multe grăsimi, ateroscleroza se vede foarte des, ea devine mult mai rară în regiunile cu alimentaţie mai mult vegetală. Începutul bolii este de obicei greu de stabilit. De multe ori, tulburările sînt minime şi trec neobservate de către bolnav. Cînd vasele afectate sînt legate de sistemul nervos central, bolnavul acuză dureri de cap, oboseală, scăderea memoriei, agitaţie sau depresiune. O dată boala instalată, fenomenele variază după localizarea arterelor afectate. Dacă sînt prinse *vasele membrelor*, acestea devin dure la pipăit. La membrele inferioare se poate constata răcirea extremităţilor, bolnavul plîngîndu-se de dureri care apar la mers sub forma unor cîrcei, iar mai tîrziu, în caz de obliterare a vasului, să se instaleze tulburări trofice (de hrănire a ţesuturilor), care să ducă pînă la gangrenă. *Ateroscleroza cerebrală* poate avea semne timpurii şi de intensitate care variază cu localizarea şi importanţa leziunii. Uneori sînt uşoare şi trecătoare, alteori grave şi definitive (paralizii, deficit intelectual, greutate în vorbire). Ateroscleroza mai poate cuprinde vasele *rinichilor* (uremie), ale *tubului digestiv* (greaţă, balonări, hemoragii digestive) sau *vasele pancreasului* (diabet benign). *Tratamentul* aterosclerozei trebuie să cuprindă o orientare sigură către profilaxie, căci această boală poate fi prevenită, i se poate întîrzia apariţia, iar o dată instalată, i se poate împiedica evoluţia. Rolul cel mai de seamă revine *tratamentului igienodietetic*. Se vor evita tensiunea psihică, ritmul încordat şi neregulat de viaţă şi muncă. Dar dacă o muncă încordată poate duce la ateroscleroză, tot aşa de dăunător este sedentarismul. De aceea sînt indicate în general exerciţiile fizice, practicate raţional, fără exces şi în raport cu vîrsta. Dieta aterosclerosticului trebuie să fie hipocalorică (săracă în calorii) pentru cei cu supragreutate corporală. Fructele

și legumele trebuie să fie larg folosite. Dintre grăsimi, vor fi evitate cele de proveniență animală (unt, grăsime de porc). Cînd se asociază la ateroscleroză și hipertensiune, se recomandă atunci corectivele necesare (regim fără sare, medicamente contra hipertensiunii arteriale). Medicamentele antiaterosclerogene sînt: Heparina, iodurile, Anghinarea (Cinarol), Vitamina C, Vitamina PP în doze mari, administrate multă vreme.

atetoză, mișcare involuntară localizată mai ales la mîini și picioare. Este o mișcare undulantă, șerpuitoare, care dacă se petrece la nivelul feței, bolnavul pare că se strîmbă continuu. Mișcarea se accentuează dacă bolnavul este emoționat și dispare cînd bolnavul doarme. Ea se datorește unor leziuni care duc la distrugerea „neostriatului" (un nucleu de celule



Vertebra Atlas: *A* — corpul vertebrei; *1* — suprafețe de articulație cu craniul; *2* — orificiu prin care măduva spinării trece spre cavitatea cutiei craniene; *B* — vertebra axis; *C* — craniu.

nervoase din interiorul encefalului, cu rol în controlul mișcărilor). O encefalită, o tumoare etc. pot duce la distrugerea sa și la apariția atetozei.

Athanasiu Ioan (1868—1926), fiziolog și medic veterinar romîn, profesor la Facultatea de științe și rector al Universității din București. A dobîndit un renume internațional prin cercetările sale de hematologie și de fiziologie nervoasă și musculară. A fost unul dintre promotorii electrofiziologiei moderne. Împreună cu Gh. Marinescu a desfășurat o intensă activitate cu orientare progresistă în rîndurile intelectualității.

atlas și axis, denumiri date primelor vertebre din regiunea cervicală (a gîtului), care susțin craniul și care permit, datorită modului în care sînt articulate, mișcări mai ample decît între toate celelalte vertebre. Denumirea primei vertebre este dată prin analogie cu Atlas, figură binecunoscută în mitologie pentru faptul că susținea pe umerii săi globul terestru. Vertebra atlas are forma unui inel cu două părți laterale mai voluminoase pe care se găsesc suprafețele de articulație cu craniul și cu a doua vertebră, numită Axis. A doua vertebră este denumită Axis, pentru faptul că, prin forma ei, servește drept ax în jurul căruia se rotește vertebra atlas (vezi atlas), care la rîndul ei susține craniul. Prin existența acestei posibilități de rotație, capul are o mobilitate foarte mare în comparație cu alte regiuni din corp ce sînt în legătură cu coloana vertebrală. *Atlas medical*: lucrare de prezentare a unei discipline, metode, probleme, în special sub formă de planșe, desene, fotografii, cu scurte texte explicative. Asemenea atlase au fost publicate sub denumiri corespunzătoare de: Atlas de anatomie; Atlas de radiologie; Atlas de electrocardiografie.

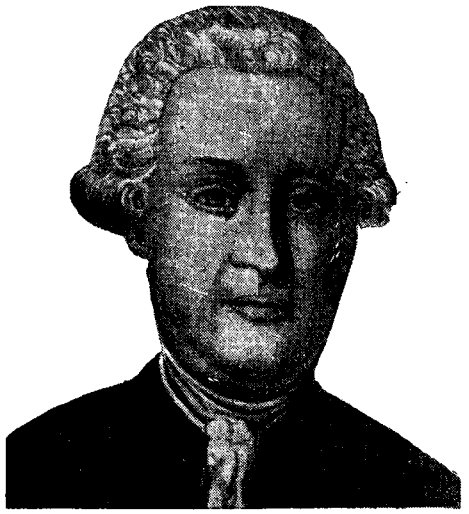
atrofie, diminuare de volum pe care o produce orice leziune ce duce la distrugerea parțială sau totală a unui organ. După locul unde apare această atrofie, ea își ia și numele: atrofie musculară, atrofie optică, atrofie cerebeloasă, atrofie corticală, atrofia ficatului.

atropină (Belladonna), alcaloid descoperit în 1833, în frunzele, semințele și rădăcinile de mătrăgună, laur și măselariță, care are un efect farmacodinamic specific (reduce spasmul mușchilor și funcția glandelor inervate de parasimpatic). Astfel, atropina reduce toate secrețiile, ca: gastrică, intestinală, salivară („usucă gura"); dilată bronhiile plămînului cînd sînt îngustate prin spasmul mușchilor netezi (în astm), dilată pupilele atunci cînd este instilată sub formă de colir; de asemenea are și acțiune sedativă asupra sistemului nervos central (în crizele de epilepsie). Atropina este folosită în terapie ca atare, sub formă de fiole cuprinzînd soluție apoasă 1‰ (Atropină CIF), sau ca medicamente mai complexe, ca Bellatot, Belafital, Belergon, utilizate în dureri spastice gastro-intestinale sau în boli cu hipersecreție gastrică sau salivară.

auditiv, în legătură cu auzul (vezi acustic).

Auenbrugger Leopold (1722—1809), medic vienez. A preconizat metoda clinică de explorare a toracelui prin percuție. Sunetul diferit

produs prin ciocănirea pereților toracici oferă informații despre dimensiunile și consistența organelor interne în stare normală și patologică.



Leopold Auenbrugger

aură, senzație subiectivă de scurtă durată și de multe ori aceeași la fiecare bolnav, care precede imediat criza de epilepsie. Uneori se însoțește de o serie de mișcări involuntare stereotipe (aceleași mișcări). Cauza aurei este considerată ca răspunsul dat de o zonă de excitație din creier (zonă lezată care determină criza de epilepsie). Aura se poate manifesta prin: ameteli, halucinații, mișcări automate de înghițire, de respirație. Există mai multe feluri de aure: senzitivă, viscerală, psihică. (vezi epilepsie).

aureociclină — vezi antibiotic.

aureomicină — vezi antibiotic.

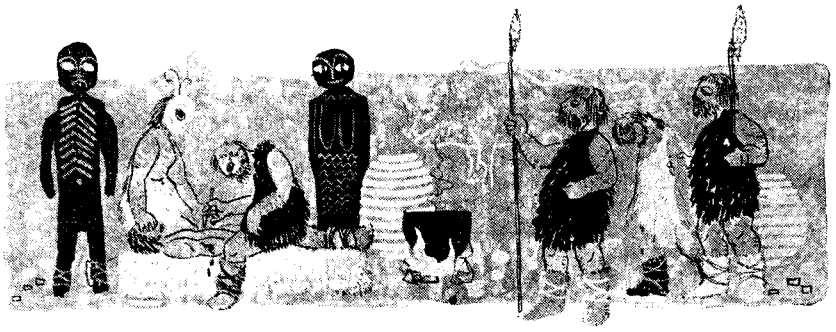
autohemoterapie, metodă de tratament prin care se extrage sînge din vena unei persoane și se reinjectează imediat în mușchii aceleiași persoane. Prin această manoperă, în organismul bolnavului se realizează un mic șoc (sîngele fiind o substanță albuminoasă), fapt care are ca rezultat o scădere a sensibilității organismului său față de anumite substanțe care au la bază albumine (ouă, carne, lapte etc.). Autohemoterapia se practică în așa-numitele dermatoze de sensibilizare, în care anumite persoane, din cauze necunoscute încă, reacționează în mod anormal prin diverse erupții la consumarea unor alimente, la administrarea unor medicamente sau la contactul cu diverse substanțe, care fuseseră bine suportate pînă atunci. Astfel, în eczeme, erupții alergice medicamentoase (după antipirină, streptomicină, sulfamide etc.) sau în unele dermatoze de sensibilizare profesionale (prin uleiuri, vopsele, produse de petrol) se recomandă pe lîngă alte tratamente, serii de cîte 10—15 ședințe de autohemoterapie în doze crescînde de la 5 la 15 ml sînge pe ședință.

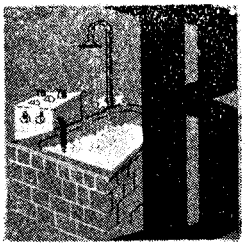
autosugestie, sugestie pe care și-o face cineva sie-și, spre deosebire de heterosugestie, care este sugestia pe care cineva o face altcuiva. Este vorba de starea psihică pe care și-o creează unii oameni în urma căreia reacționează fizic sau psihic ca și față de excitații sau senzații reale. Ea poate fi involuntară, de exemplu unii bolnavi psihici cred, se conving singuri, că suferă de cancer și ca urmare simt senzații diferite legate de această boală care la ei este imaginară. De obicei, aceste stări se găsesc mai pronunțate la bolnavii psihici, dar o formă mai ușoară se găsește și la individul normal. Autosugestia voluntară constituie de multe ori un mijloc psihoterapic, un ajutor al medicului care prin metoda convingerii învață bolnavul să folosească autosugestia care poate avea un rol important în vindecarea unor boli sau în crearea unei stări de optimism. Autosugestia a fost vulgarizată pentru prima dată în psihoterapie de către farmacistul francez Emile Coué din Nancy (vezi sugestie și hipnoză).

Avicenna vezi Ibn Sina.

avort, întreruperea sarcinii și expulsia produsului de concepție din cavitatea uterină în cursul primelor 6 luni de sarcină. Avortul poate fi spontan sau provocat. Avortul spontan este produs de cauze locale sau generale, care acționează de obicei împreună. Cele mai frecvente cauze generale sînt infecțiile acute apărute în timpul sarcinii, virozele (gripale), intoxicațiile acute cu medicamente, cu substanțe toxice, oxid de carbon sau diferite afecțiuni cronice, ca malaria, sifilisul, bolile grave cardiovasculare. Alte cazuri mai sînt rupturile de col uterin și inflamațiile uterului (endometrita mai ales). Lipsa de dezvoltare a uterului (hipoplazia uterină) sau tumorile uterului pot fi de asemenea cauze declanșatoare de avort. Traumatismele fizice (căderea, loviriile abdomenului) pot produce și ele uneori avorturi. Oricît ar părea de curios însă, traumatismul fizic produce comparativ mai rar un avort decît traumatismele psihice. Emoțiile puternice, spaima, oboseala psihică, sînt cauze mai frecvent producătoare de avort. O cauză din cele mai importante o constituie tulburarea echilibrului endocrin al sarcinii. De obicei, avortul este rezultatul asocierii mai multora din cauzele citate mai sus. Semnele *avortului spontan* sînt dureri lombo-abdominale, a căror intensitate merge crescînd, și pierderi de sînge prin vagin. Aceste simptome indică dezlipirea parțială a oului din cavitatea uterină. Este așa-numitul avort *incipient*. Dacă cu tot repausul la pat și cu tratamentul instituit de medic durerile se agravează, pierderile de sînge devin abundente și se produce eliminarea parțială a conținutului cavității uterine, atunci este vorba de avort *incomplet*. Eliminarea completă a conținutului uterin este excepțională, deoarece orice femeie care avortează spontan trebuie internată de

urgență în spital pentru a i se face completarea avortului prin chiuretaj uterin. Resturile ovulare sau placentare care rămîn în cavitatea uterină, neputîndu-se elimina spontan complet, întreţin hemoragii, care uneori pot fi foarte grave şi care produc totdeauna infectarea uterului şi a întregului aparat genital feminin. Uneori, aceste avorturi se repetă la aceeaşi femeie, constituind aşa-numitele *avorturi habituale*. Femeile cu predispoziţii la avort trebuie examinate şi tratate înainte de a rămîne gravide, pentru că numai astfel sînt posibile îndepărtarea cauzelor producătoare de avort şi menţinerea sarcinii. Orice femeie gravidă, care observă pierderi de sînge din vagin însoţite sau nu de dureri lombo-abdominale, trebuie să stea în repaus la pat şi pînă la consultarea medicului să-şi introducă în rect supozitoare cu spasmoverin. *Avortul provocat.* Întreruperea sarcinii se poate face în orice moment al evoluţiei ei atunci cînd boli preexistente sarcinii (boli de inimă, tuberculoză, nefrită) sînt agravate de sarcină, atît de mult, încît constituie un pericol pentru viaţa femeii, sau cînd însăşi sarcina, prin evoluţia ei, produce tulburări grave în organismul femeii. Întreruperea sarcinii se mai poate face, de asemenea, cînd gravida suferă de boli transmisibile prin ereditate, ca: hemofilie, epilepsie sau boli grave neuropsihice (psihoze, schizofrenie). Aceste întreruperi de sarcină se fac în spitalele de specialitate, cu autorizarea prealabilă a unei comisii medicale. *Avortul la cerere.* Prin decretul nr. 453/1957 s-a dat femeii dreptul de a decide singură asupra produsului ei de concepţie permiţîndu-se întreruperea sarcinii în primele 3 luni. O dată cu apariţia acestui decret s-au organizat în spitalele de ginecologie şi obstetrică din toată ţara cabinete de întrerupere a sarcinii, bine utilate şi deservite de personal calificat. Conform dispoziţiilor legale, întreruperea sarcinii nu poate fi efectuată de cît de un medic specialist. Cu toate acestea, avortul nu este o operaţie cu totul inofensivă, cum greşit este socotită de multe femei. Orice întrerupere de sarcină atrage după sine o serie de tulburări neuroendocrine, care prin repetarea lor pot crea dezechilibrări permanente ale sistemului neuroendocrin. Orice întrerupere de sarcină efectuată în cele mai bune condiţii şi de cel mai bun specialist este totuşi legată de posibilitatea producerii a numeroase complicaţii imediate sau tardive. Dintre complicaţiile imediate amintim: hemoragiile, care uneori pot fi foarte grave, perforaţiile uterului simple sau complicate cu leziuni ale vezicii, rectului sau ale intestinului. Uneori se poate produce chiar moartea subită prin inhibiţie sau embolie. Infecţia, de la formele uşoare pînă la formele grave de septicemie, este posibilă prin germeni care se găsesc în mod obişnuit în vagin şi colul uterin, şi care pătrund cu ocazia chiuretajului în circulaţia sanguină. Inflamaţia organelor genitale feminine (metroanexita) este una din complicaţiile frecvente ale întreruperilor de sarcină. Dintre complicaţiile tardive amintim: sterilitatea, tulburările menstruale, producerea de avorturi spontane sau naşteri premature. De aceea este recomandabil ca prima sarcină să fie dusă totdeauna la termen, ca femeile să facă cît mai puţine avorturi, evitînd sarcinile nedorite prin folosirea mijloacelor anticoncepţionale. Întreruperea de sarcină se face prin operaţia numită chiuretaj uterin, care constă în dilatarea colului uterin cu dilatatoare metalice şi apoi curăţirea cavităţii uterine cu instrumentul numit chiuretă. La femeile care nu au născut, este bine ca dilatarea colului uterin să se facă lent, cu ajutorul laminariei, care se introduce în col cu 8—12 ore înainte de efectuarea intervenţiei. Operaţia se execută în condiţii de perfectă asepsie, sub anestezie. Orice întrerupere de sarcină efectuată în afara instituţiilor spitaliceşti este considerată ca avort criminal şi pedepsită de lege. Întrebuinţarea diverselor mijloace medicamentoase (injecţii cu foliculină, glanduitrin, chinină, vaccin Delbet) sau ingerarea de substanţe toxice, ca şi încercările de a produce avortul prin introducerea unor corpuri străine în colul uterin nu numai că nu pot produce eliminarea sarcinii, dar pot avea ca urmare tulburări şi complicaţii grave.





Babeş Victor (1854—1926), anatomopatolog şi microbiolog romîn. În 1885 a publicat, la Paris, împreună cu A. V. Cornil, primul tratat de bacteriologie apărut în lume. În 1887 a renunţat la cariera universitară, care i se deschidea la Budapesta, şi s-a instalat la Bucureşti, unde i s-a încredinţat conducerea Catedrei de anatomie patologică la Facultatea de medicină şi a unui laborator, în care a început de îndată să prepare vaccin antirabic. Lista lucrărilor lui Babeş numără peste 1 000 de titluri. El a descoperit mai mult de 50 de microorganisme patogene. Un grup de sporozoare care provoacă boli la animale a fost denumit grupul „babesiilor", în cinstea cercetătorului romîn. Tehnicile perfecţionate de Babeş în tratamentul antirabic constituie „metoda romînească", apreciată în întreaga lume. Esenţial este aportul său la elaborarea bazelor teoretice şi practice ale seroterapiei, Babeş numărîndu-se printre precursorii tratamentului cu ser antidifteric. A descoperit în creierul animalelor bolnave de turbare unele formaţiuni caracteristice (corpusculii Babeş-Negri). A fost un deschizător de drumuri în medicina timpului, izbutind să realizeze o rodnică sinteză între orientarea morfologică şi cea bacteriologică. Încă din tinereţe a fost un adept convins al materialismului şi a publicat articole în care lua poziţie împotriva concepţiilor filozofice idealiste şi a misticismului. A desfăşurat o neobosită activitate de militant social, demascînd regimul burghezo-moşieresc, despre care arată că este principalul vinovat pentru mizerabila stare sanitară a satelor. Babeş a demonstrat că pelagra reprezintă o boală a mizeriei, astfel că nu poate fi combătută doar cu mijloace medicale, ci mai ales prin împroprietărirea ţăranilor.

babeurre, lapte de vacă parţial degresat, care a suferit fermentaţia naturală cu bacili lactici. În secolul al XVIII-lea, în Olanda, ţăranii întrebuinţau în mod empiric o supă de babeurre, cu rezultate bune, în alimentaţia artificială a sugarului. A fost introdus în terapia ştiinţifică de Teixeira de Mattos (1902). Pe lîngă avantajele pe care le posedă toate preparatele acide (vezi lapte acidulat), *babeurre*-ul se distinge prin următoarele însuşiri suplimentare: a) cazeina suferă o predigestie sub influenţa unor fermenţi ai bacililor

Victor Babeş

lactici, ceea ce îi uşurează digestia şi absorbţia; b) grăsimile sînt în cantitate redusă (5—6 g‰), ceea ce constituie principalul avantaj în realimentarea copiilor cu dispepsie (reducerea grăsimilor defavorizează fermentaţiile intestinale şi, în consecinţă, diareea de fermentaţie); c) întrucît fermentaţia produsă de bacilii lactici se face pe seama lactozei din lapte, care se transformă în acid lactic, conţinutul preparatului în lactoză este redus (32 g ‰), ceea ce de asemenea previne fermentaţiile intestinale şi diareea de fermentaţie. Datorită acestor însuşiri antidispeptice, preparatul este folosit cu rezultate foarte bune în realimentarea sugarilor cu dispepsie toxică

sau toxicoză, ca și în alimentația mixtă sau artificială a nou-născutului, imaturilor și sugarilor atrofici. Cînd toleranța digestivă o permite, *babeurre*-ului simplu i se poate adăuga zahăr 3—5% și făină albă rumenită 1—2%. Are o valoare calorică redusă: 350 de calorii la litru (*babeurre*-ul simplu), 550 de calorii la litru (babeurre + 5% zahăr) și 330 calorii la litru (babeurre cu 5% zahăr + 2% făină). Fiind carențat în lipide (5—6 g‰) nu se administrează în exclusivitate sugarilor mai mult de 6 săptămîni în șir, întrucît pot apărea semne ale carenței de grăsimi, ca: oprirea creșterii, avitaminoza A, D; asociat cu laptele de mamă, *babeurre*-ul se poate administra timp îndelungat la sugar, fără nici un pericol. Dezavantajul principal al *babeurre*-ului constă în faptul că se prepară din lapte de vacă pe a cărui sterilitate nu se poate conta. Atît acest dezavantaj, cît și acela al carenței relative în grăsimi sînt înlăturate prin întrebuințarea *babeurre*-ului în pulbere (vezi eledon).

bacteriofag (fag), virus, de dimensiuni foarte mici, care parazitează o bacterie. În interiorul bacteriei, bacteriofagul se multiplică și distruge (lizează) bacteria. Unele bacterii nu sînt distruse de fag, acesta trăind într-un fel de simbioză în interiorul ei. Se cunosc azi bacteriofagi pentru multe bacterii (bacili tifici, stafilococ, difteric și coli). Bacteriofagii se folosesc în terapeutică (de exemplu în infecții colibacilare rezistente la antibiotice) și în bacteriologie pentru tiparea unor bacterii (tific, stafilococ).

bacteriostatic, proprietatea unei substanțe de a împiedica înmulțirea unor microbi. Antibioticele și chimioterapicele sînt substanțe bacteriostatice, deoarece în concentrații foarte mici, care nu lezează celulele organismului gazdă, împiedică înmulțirea germenilor care sînt sensibili la substanța respectivă. După suprimarea substanței bacteriostatice, germenii respectivi pot reîncepe să se înmulțească, dacă nu au fost distruși în acest timp de mijloacele de apărare ale organismului. De aceea, dacă tratamentul cu bacteriostatice nu trebuie început niciodată fără avizul medicului, rămîne la fel de valabil că nici întreruperea lui fără avizul medicului nu este indicată sub motivul că „febra mi-a scăzut, mă simt mai bine" etc. O astfel de măsură luată din proprie inițiativă poate fi plătită scump. Prețul cel mai mic este revenirea bolii.

Bagdasar Dumitru (1893—1946), neuro-chirurg romîn, profesor la Facultatea de medicină din București, promotorul neurochirurgiei în țara noastră. După 1941 a fost unul din fruntașii luptei patriotice antifasciste conduse de Partidul Comunist Romîn. La 6 martie 1945 a devenit Ministru al Sănătății, în guvernul democrat, prezidat de dr. Petru Groza.

balanită, inflamația mucoasei glandului (stratul care tapisează porțiunea terminală a penisului), asociată de obicei cu inflamația foiței mucoase care căptușește pe dinăuntru prepuțul, cînd inflamația poartă numele de balanopostită. Se caracterizează prin formarea unor eroziuni superficiale de culoare roșie, unindu-se între ele și lăsînd să se scurgă o secreție abundentă, galbenă-verzuie. Bolnavii au la început ușoare usturimi, iar mai tîrziu arsuri și dureri puternice. Netratată, se poate

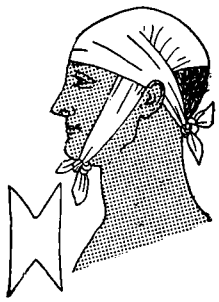
Dumitru Bagdasar

complica cu inflamația prepuțului în totalitatea sa, realizînd tabloul de fimoză (vezi fimoza) sau parafimoză (vezi parafimoză). În unele forme, eroziunile se pot adînci sau gangrena, făcînd necesară chiar amputarea penisului. Balanitele sînt provocate de cele mai multe ori de un microb propriu, o spirochetă, dar pot fi produse și de alți microbi, ca fuzospirili, gonococi, stafilococi, spirocheta sifilisului sau de aplicarea unor medicamente caustice (hipermanganat de potasiu, rivanol, nitrat de argint). *Tratamentul* constă în aplicarea locală de antiseptice și antibiotice sub formă de comprese, pudraj etc. În unele cazuri este necesar și un tratament general cu antibiotice sau tratamentul altor afecțiuni concomitente, care au provocat balanita.

balneoterapie, ramură a balneologiei care studiază acțiunea apelor minerale și a nămolurilor, elaborînd indicațiile și contraindicațiile folosirii lor. În concepția actuală se consideră că balneoterapia influențează organismul printr-un complex de excitanți. Astfel, alături de procedurile balneologice, un rol important îl joacă schimbarea mediului de viață obișnuit al bolnavului: locuri noi, odihnă, alimentație adecvată, regim și climat prielnic. Efectul complexului de măsuri aplicate este condi-

ţionat de alegerea corectă a procedurilor balneologice şi de aplicarea lor la timp potrivit, ţinîndu-se seama de intervalele dintre ele şi de doza necesară. Procedurile balneologice, ca şi cele hidroterapice, acţionează asupra organismului bolnavilor prin intermediul receptorilor nervoşi, adică prin excitaţiile primite de terminaţiile nervoase din piele, din mucoasele căilor respiratorii şi din alte organe interne (vezi *hidroterapie*). Tratamentul cu ape minerale, se face prin administrarea internă şi externă (vezi apă *minerală*). În aplicare externă, apele minerale sînt de cele mai multe ori folosite sub formă de băi generale şi locale. Utilizate în procedurile obişnuite ele îşi exercită acţiunea prin factori mecanici (presiunea hidrostatică), factori termici şi chimici specifici. Influenţa factorului termic se manifestă cu atît mai mult cu cît temperatura băii este mai depărtată de temperatura indiferentă pentru organism (34—36°) şi cu cît apa minerală din baie conţine mai multe gaze (acid carbonic, hidrogen sulfurat ş.a.) şi ioni ale diferitelor săruri. Dar pentru băile de apă minerală, în comparaţie cu băile de apă obişnuită, cea mai caracteristică este acţiunea lor chimică. Acţiunea excitantă a gazelor asupra pielii, se manifestă prin vasodilataţie periferică. Băile gazoase (în special de acid carbonic) exercită o acţiune favorabilă asupra sistemului nervos şi asupra muşchiului cardiac. Aceasta se manifestă prin încetinirea ritmului cardiac şi prin scăderea tensiunii arteriale. Băile cu ape carbo-gazoase se prescriu în tratamentul unor boli de inimă, în arterioscleroza generalizată moderată, boală hipertonică (într-un anumit stadiu), neuro-astenie, obezitate ş.a. Dintre numeroasele staţiuni balneoclimatice cu ape carbogazoase din ţara noastră, citäm: Vatra Dornei, Buziaş, Borsec, Covasna, Zizin. Băile sulfuroase au o influenţă mai mare asupra circulaţiei şi a tuturor metabolismelor. Se aplică sub formă de băi generale şi locale, irigaţii, inhalaţii etc. Băile sulfuroase se recomandă în bolile sistemului cardiovascular, sistemului nervos, de piele şi ginecologice. Izvoare de ape sulfuroase se găsesc în ţara noastră la: Herculane, Govora, Olăneşti, Călimăneşti etc. *Apele radioactive* se aplică în scop terapeutic mai ales sub formă de ape care conţin emanaţii de radium — radon. Ele au o acţiune analgezică (potolesc durerea) şi sedativă (liniştesc sistemul nervos). Pe lîngă apele amintite, în cadrul balneoterapiei, se mai întrebuinţează ape care conţin *iod* sau sînt *termale oligominerale*. Apele termale din ţara noastră au o temperatură variind între 37 şi 57° şi pot fi găsite la Herculane, Călacea (Banat), Victoria, Călan (Munţii Apuseni), Geoagiu etc. În balneoterapie se folosesc şi băile *sărate*, cu apele izvoarelor cloruro-sodice sau cele ale lacurilor sărate, apa de mare. Se utilizează apa sărată ca atare sau diluată cu apă dulce. Se aplică în bolile articulare, nevrite, infiltrate inflamatoare (mai ales ale organelor genitale), în rahitism, boli cronice de piele ş.a. Apele minerale se recomandă de asemenea pentru gargară, spălături, inhalaţii (în bolile căilor respiratorii superioare) irigaţii şi clisme (sub formă de spălături intestinale subacvatice). Apele minerale în cura internă, în asociaţie cu un anumit regim alimentar, se recomandă mai ales în creşterea sau scăderea aciditäţii sucului gastric, în gastrite cronice, atonia intestinală, colite, boala ulceroasă în perioada de acalmie, bolile veziculei biliare şi ale ficatului, bolile căilor respiratorii superioare şi tulburările de metabolism, ca şi în îmbolnăvirile căilor urinare. Durata tratamentului cu ape minerale este de aproximativ 3—4 săptămîni. Dozarea apelor şi durata curei interne variază de la individ la individ şi se stabilesc de către medic. Consumul apelor minerale îmbuteliate şi transportate este larg răspîndit. Cura balneoterapică intensă poate avea o acţiune negativă asupra unor bolnavi, mai ales asupra persoanelor cu sistemul nervos slăbit. Adesea se observă aşa-numita „reacţie balneară": apar modificări generale şi de focar, astenie, iritabilitate, insomnii, febră, accentuarea bolii şi exagerarea simptomelor inflamatoare la nivelul organelor lezate. Reacţia mai sus amintită este de obicei de scurtă durată, după care starea generală se ameliorează, fenomenele inflamatoare şi durerile scad. Din cauza acţiunii intense şi variate a apelor minerale asupra organismului, toate procedurile balneologice trebuie prescrise de medic, în conformitate cu indicaţiile şi contraindicaţiile cunoscute şi trebuie aplicate sub strictă supraveghere medicală.

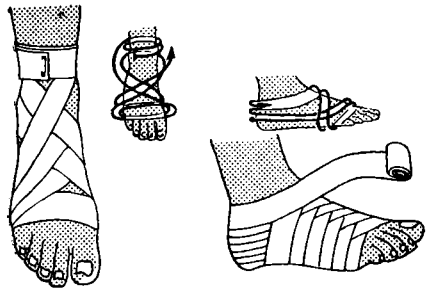
bandaj, material care se întrebuinţează pentru a menţine un pansament, a exercita



Bandaj al capului.

o compresiune pe o regiune anumită, a imobiliza o parte a corpului sau a unui membru în poziţia pe care o dorim. Pentru a îndeplini acest rol, bandajul trebuie să fie suficient de strîns, ca să nu se deplaseze, şi nu prea strîns, ca să nu împiedice circulaţia şi să producă complicaţii care pot merge pînă la gangrenă.

În practică se folosesc: feşi, eşarfe, bandaje în T sau pătrate, bandaje herniare şi bandaje elastice.



Bandajul gleznei şi piciorului.

Eşarfă pentru imobilizarea provizorie a antebraţului.

Barasch Iuliu (1815—1863), medic, organizator sanitar şi popularizator al cunoştinţelor ştiinţifice, profesor la Şcoala de la „Sf. Sava" şi la Şcoala naţională de medicină din Bucureşti. Este fondatorul primului spital de copii din Capitală. A editat revista „Isis sau Natura" (1856—1859) şi apoi „Natura" (1862), precum şi o serie de broşuri şi manuale care au prezentat o deosebită importanţă pentru difuzarea noţiunilor de medicină şi ştiinţe naturale în ţara noastră.

Iuliu Barasch.

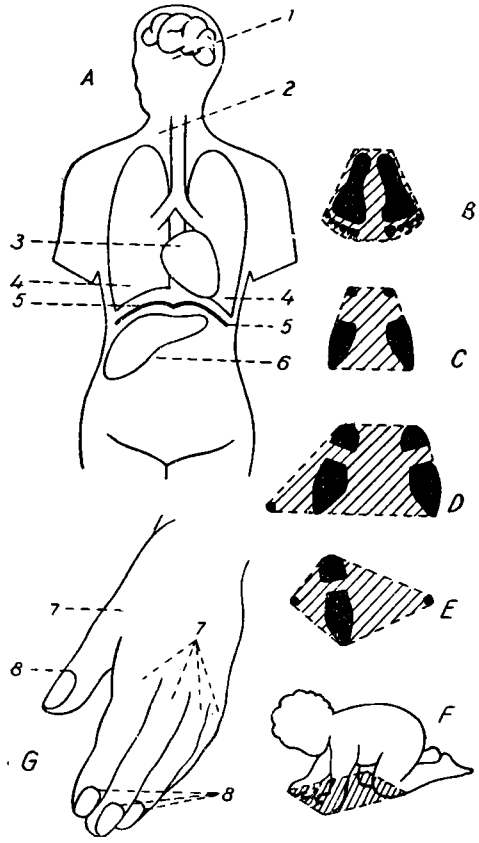
bartholinită, infecţia glandei Bartholin. Infecţia se datoreşte în majoritatea cazurilor gonococului, mai rar altor germeni, ca stafilococul, streptococul, colibacilul. Se prezintă sub trei forme clinice principale: acută, cronică şi chistică. Bartholinita acută se caracterizează prin tumefacţia jumătăţii posterioare a labiei mari, care poate ajunge la mărimea unei mandarine, colorată roşu, foarte dureroasă la palpare, dînd febră de 38—39°. Dacă nu este incizată se poate deschide spontan şi uneori fenomenele locale şi generale cedează, ducînd la vindecare. De cele mai multe ori însă se ajunge la bartholinita cronică, care se prezintă sub forma unei tumefacţii de mărimea unui bob de fasole, din care la apăsare se scurge o secreţie purulentă. Uneori glanda este mărită ca o nucă verde şi are consistenţă chistică. În formele acute, *tratamentul* constă în administrarea de antibiotice, iar local aplicarea de comprese şi incizarea chirurgicală a abcesului. Bartholinita cronică trebuie considerată ca un factor de infecţie, de aceia se impune tratamentul chirurgical, adică extirparea glandei infectate.

Basedow (*hipertiroidism*), starea în care glanda tiroidă prezintă o secreţie sporită de hormoni, datorită cărora se produce o creştere prea mare a arderilor din organism. Basedow este primul autor care a descris boala, reunind semnele cele mai caracteristice: guşă, palpitaţii, proeminenţa globilor oculari (exoftalmie). Hipertiroidia apare mai des la femei, mai ales la pubertate sau menopauză. Alţi factori care mai contribuie la apariţia ei sînt: emoţiile, infecţiile (mai ales gripa şi reumatismul), nevrozele, în special cînd survin la cei cu reactivitate nervoasă exagerată. Boala se anunţă de obicei printr-o slăbire în greutate (10—15 kg), o stare de nelinişte. Privirea acestor bolnavi este fixă, cu ochii mari, lucioşi şi cu clipirea rară. Din cauza *metabolismului bazal* crescut, ei au mîinile şi picioarele calde şi umede, cu transpiraţii exagerate. Intoxicaţia organismului cu hormoni tiroidieni (tiroxină) duce la creşterea în volum a tiroidei (guşă), proeminenţa globilor oculari (exoftalmie), tremurături ale extremităţilor, scăderea forţei musculare şi frecvenţa pulsului, care atinge 110—140 de bătăi pe minut (tahicardie). Psihicul este şi el modificat; aceşti bolnavi sînt iritabili, instabili, se plîng de coşmaruri, insomnii, tulburări de memorie. Pentru stabilirea diagnosticului au mare valoare unele examene speciale, ca: metabolismul bazal, care este crescut (peste + 30%), şi investigaţiile cu izotopi (I^{131}). Complicaţiile care pot apărea în cursul bolii sînt de natură cardiacă şi nervoasă. *Tratamentul* profilactic constă în

Boala Basedow

înlăturarea factorilor capabili să provoace boala: tensiuni nervoase, focare de infecție. Pentru o cît mai bună liniștire a bolnavului, prima măsură constă în scoaterea lui din mediul care a contribuit la apariția bolii și administrarea de sedative: luminal, bromuri. *Tratamentul* cu antitiroidiene (Tiomeracil), iod, trebuie făcut numai sub controlul medical de laborator (leucocite), aceste medicamente putînd fi dăunătoare dacă sînt luate în mod necontrolat. Uneori se recurge la blocarea funcției în exces a tiroidei cu ajutorul razelor Röntgen sau al izotopilor. În anumite forme ale bolii și după o pregătire preoperatorie se practică ablația parțială pe cale chirurgicală a glandei. Nu trebuie uitat că în hipertiroidism, din cauza consumului organismului foarte crescut, este necesară o alimentație bogată în dulciuri, carne, brînzeturi și derivate lactate, fructe, legume, vitamine. Capacitatea de muncă a hipertiroidianului rămîne scăzută, el neputînd efectua eforturi fizice sau munci cu încordare intelectuală îndelungată. Sarcina sau alăptarea sînt, de asemenea, contraindicate timp de 1—2 ani după aparenta vindecare.

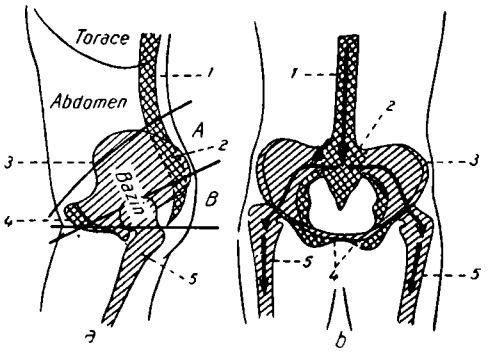
bază, partea inferioară a corpului sau a organelor sale (ficat, plămîni etc.) apreciate în poziție verticală (în picioare) sau partea opusă vîrfului (baza inimii, a degetului, a unghiei). *Baza craniului*, partea inferioară a cutiei craniene ce conține zone importante de legătură nervoasă și vasculară între cap și gît, precum și locurile de susținere ale craniului pe prima vertebră (Atlas). Fracturile acestei zone (fracturi de bază) sînt dintre cele mai grave, punînd de obicei în primejdie viața omului. *Baza toracelui*, partea inferioară a cavității toracelui care corespunde ultimelor coaste și mușchiului diafragm (vezi torace). *Baza inimii*, partea opusă vîrfului inimii, pe unde vin și pleacă o serie de vase mari. *Baza de susținere a corpului*, suprafață de sprijin prin tălpi și zona dintre acestea. La copii, bătrîni și în afecțiuni neurologice, baza de susținere crește prin îndepărtarea picioarelor sau printr-un mijloc suplimentar



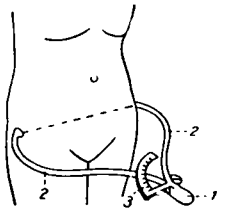
Bază. *A*; *1* — baza craniului; *2* — baza gîtului; *3* — baza inimii; *4* — baza plămînului; *5* — baza toracelui; *6* — baza ficatului. Baza de susținere la o persoană descălțată (*B*), purtînd pantofi cu tocuri ascuțite (*C*), la un bătrîn cu baston (*D*), la un invalid cu cîrje (*E*), la un copil mic (*F*). *G*: 7 — baza degetului; *8* — baza unghiei.

de susținere: baston, cîrje (vezi și echilibru). *Metabolism de bază* sau *metabolism bazal*, determinarea valorii metabolismului (vezi metabolism) în condiții de bază (bazale) ale organismului. *Condiții bazale*: condițiile în care în organism au loc activități necesare strict întreținerii vieții. Aceste condiții sînt socotite a fi următoarele: repaus fizic, repaus alimentar (digestiv), repaus termic (temperatură ambiantă 18—20°), repaus psihic.

bazin, cavitate a corpului în formă de canal cu pereți formați din unirea oaselor iliace cu osul sacru și coccis, completate de ligamente și mușchi. Partea supèrioară mai largă, numită și *bazinul mare*, se găsește la partea inferioară a cavității abdominale,



Situația bazinului în corp, văzută din profil (*a*) și din față (*b*); *1* — coloana vertebrală; *2* — osul sacrat (sacru); *3* — osul șoldului (iliac); *4* — osul pubis; *5* — osul coapsei (femur). Săgețile indică faptul că prin oasele bazinului, greutatea corpului, susținută de coloana vertebrală, este repartizată către oasele membrelor inferioare. *A* — porțiunea superioară mai largă a bazinului osos, numită *bazinul mare*; *B* — porțiunea inferioară mai strîmtă, numită *bazinul mic*.



Măsurarea diametrului transversal al bazinului cu ajutorul pelvimetrului. Instrumentul are un mîner (*1*), de care sînt prinse două brațe (*2*) ce se pot depărta pentru măsurătoare, depărtarea efectuată fiind citită, în cm pe o scală gradată (*3*).

comunicînd larg cu aceasta. Partea inferioară a bazinului, numită și *bazinul mic*, este mai strîmtă și cuprinde ultimele porțiuni ale tubului digestiv, organele genitale interne, formațiuni glandulare, vase și nervi. Bazinul joacă un rol deosebit în susținerea organismului (vezi și schelet), fiind regiunea prin intermediul căreia toată greutatea corpului se transmite celor două membre inferioare. Dimensiunile bazinului au o mare importanță pentru naștere, deoarece fătul îl străbate dinspre abdomen către partea inferioară. Deformările bazinului au drept consecință o tulburare a poziției corpului, greutate în mers și cînd acestea apar la femeie, ele pot împiedica nașterea normală. Aprecierea conformației bazinului se poate face, fie cu ajutorul radiografiei de bazin, fie prin măsurători ale diametrelor acestuia, cu ajutorul unui compas special, numit pelvimetru, asociate cu tușeu genital.

Bazna, stațiune balneară, reputată de peste două secole pentru apele sale sărate și iodurate, situată la o distanță de 12 km de orașul Mediaș, în centrul regiunii viticole a Tîrnavelor, la o altitudine de 321 m. Izvoarele și bazinele din Bazna conțin ape concentrate care se folosesc în băi, în boli ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic, în boli ginecologice, de piele etc. În stațiune se găsește și un nămol negru bituminos, folosit pentru ungeri și împachetări, precum și o instalație specială de separare a substanțelor active din apă, care se expediază în saci de plastic sub numele de „Sare de Bazna", făcînd posibilă pregătirea băilor terapeutice la domiciliul bolnavului. Climatul local aerat și însorit face din această stațiune, ferită de vînturi, o localitate preferată și pentru suferinzi de astenie, precum și pentru copiii debili și rahitici.

bazofil — vezi hemogramă.

băi, proceduri hidrice, aplicate în scop igienic sau terapeutic. Băile pot fi generale (scufundarea întregului corp în apă) sau locale (băi de șezut, băi pentru picioare, băi pentru mîini ș.a.m.d.). După temperatură, băile se împart în: reci (sub 20°), răcoroase (21—33°), indiferente, călduțe (37°), calde (38—39°) și fierbinți peste 40°. După durată deosebim: băi de scurtă durată (1—5 minute), de durată obișnuită (15—20 de minute) și prelungite (cîteva ore). Băile curative se împart, după componența lor, în: băi cu apă dulce; băi cu compoziție complexă, în care acțiunea apei se întărește prin adăugarea diferitelor săruri, extracte din plante, bioxid

Băi galvanice.

de carbon, oxigen ș.a.; băi cu ape minerale; băi cu apă de mare; băi mineralo-gazoase, în care pe lîngă săruri intră și gaze solubile (bioxid de carbon, azot, hidrogen sulfurat, metan ș.a.); băi combinate, la care se adaugă acțiunea altor factori (de exemplu băi cu

masaj sub apă). Dintre *băile generale cu apă minerală*, cele mai răspîndite sînt băile sărate, carbo-gazoase şi sulfuroase (vezi balneoterapie). Dintre băile cu compoziţie mai complexă, o mare răspîndire o au băile cu extract de brad, preparate prin adăugarea de ulei sau de tablete de extract de pin. Aceste băi se fac la temperatura de 34—37°, cu o durată de 15 minute, şi se prescriu în nevroze, astenie, iritabilitate crescută şi în diferite afecţiuni reumatice. Băile curative sînt departe de a fi indiferente pentru organism. De aceea ele se fac numai pe bază de prescripţie medicală, în care se precizează concentraţia, temperatura, durata şi frecvenţa lor (vezi balneoterapie, hidroterapie). Într-un sens mai general, denumirea de băi se foloseşte şi pentru proceduri aerice, actinice etc. Exemple: *Baie de aburi*, se practică în localuri special amenajate pentru spălarea cu apă caldă, cu folosirea concomitentă a acţiunii aburului sau a aerului fierbinte. Baia de aburi exercită o acţiune fiziologică asupra întregului organism. În camera de aburi, unde temperatura aerului ajunge la 40—50°, iar umiditatea la 85—90°, pierderea de căldură a corpului dispare aproape complet, fapt care duce la ridicarea temperaturii corporale pînă la 38—39°. Baia de aburi este contraindicată persoanelor debile, hipertensivilor şi celor suferinzi de boli ale inimii şi vaselor. *Baie de aer cald*, formă a termoterapiei, se practică în lăzi-carcase obişnuite din placaj, de dimensiuni şi formă diferită, în funcţie de porţiunea corpului pentru care sînt destinate (mîini, picioare, regiunea bazinului). În interiorul carcaselor există rezistenţe care se încing la trecerea curentului electric şi încălzesc aerul pînă la 70—80°. Băile de aer cald şi uscat se folosesc în tratamentul unor boli cronice ale articulaţiilor, ale nervilor sau ale organelor din micul bazin. *Baie de nisip*, procedură curativă al cărei efect asupra organismului se bazează pe acţiunea termică a nisipului încălzit, precum şi pe excitarea mecanică a terminaţiilor nervoase din piele. Nisipul poate fi încălzit artificial. Băile de nisip cu încălzire naturală se fac pe malul mării sau al rîurilor, direct pe plajă. *Baie hidroelectrică*, baie generală sau locală, cu trecerea simultană prin apă a unui curent galvanic. Pentru efectuarea băilor hidroelectrice se folosesc vane de faianţă sau de lemn, de pereţii cărora se ataşează pe faţa lor internă, în locuri izolate, electrozi lamelari de cărbune, care se pot conecta la polii unei surse de curent. Băile hidroelectrice au un efect calmant general şi analgezic, contribuind la normalizarea somnului. În unele cazuri, pentru băile hidroelectrice este folosit şi curentul faradic. *Băi de soare*, vezi la *helioterapie*. *Băi galvanice* (bi- şi patrucelulare), proceduri electroterapeutice, care folosesc acţiunea generală a curentului galvanic asupra organismului bolnavului. Curentul alimentează două sau patru băi de faianţă umplute cu apă, în care se cufundă mîinile, picioarele sau toate cele patru membre. Baia bi- şi patrucelulară se foloseşte în tratamentul unor boli de nervi şi ale articulaţiilor. *Băi radioactive*, băi de apă care conţine radon (substanţă gazoasă radioactivă). Se poate utiliza apa izvoarelor naturale cu radon sau apa dulce artificial saturată cu radon. Atît băile de radon naturale, cît şi cele pregătite artificial, au acelaşi efect asupra organismului. Cantitatea de radon care pătrunde în organism depinde de durata băii şi de concentraţia radonului în apă şi este invers proporţională cu temperatura apei şi cu vîrsta bolnavului. Radonul pătruns în organism se elimină prin plămîni, rinichi şi glandele sudoripare. Acţiunea băilor de radon asupra organismului este multiplă: ele au un efect favorabil asupra funcţiilor aparatului cardio-vascular şi asupra metabolismului; inhibă activitatea glandei tiroide şi stimulează funcţia glandelor sexuale; exercită o acţiune calmantă asupra afecţiunilor articulare, ale sistemului nervos periferic, ale pielii, în afecţiunile ginecologice, în boala hipertonică, în hipertiroidism. *Băi subacvatice*, spălături intestinale, care se efectuează cu ajutorul unei aparaturi speciale, în baie caldă. În funcţie de indicaţii se folosesc diferite soluţii medicamentoase. Pe lîngă acţiunea locală favorabilă, efectul spălăturilor se explică prin acţiunea reflexă asupra întregului organism. Băile subacvatice se aplică numai la recomandaţia medicului, în diferite afecţiuni ale tubului digestiv.

Bălţăteşti, staţiune balneară situată la 11 km distanţă de Tg. Neamţ, în Reg. Bacău. Are o altitudine de 475 m şi un climat deluros foarte plăcut. Staţiunea posedă ape minerale sărate şi sulfatate concentrate, care sînt indicate în boli ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic şi în boli de femei. Din localitate se pot face frumoase excursii la Tg. Neamţ (Humuleştii lui Creangă), Cetatea Neamţului, Mînăstirile şi Munţii Neamţului (Hogaş) etc.

bătătură, creşterea limitată, dură, a stratului superior (cornos) al pielii, pe întinderi de la mărimea unui bob de linte pînă la un bob de fasole, de culoare galbenă. Bătăturile se formează pe locurile de continuă frecare şi presiune — pe degetele de la picior, pe tălpi. Ca urmare a presiunii asupra terminaţiilor nervoase din piele, bătăturile pot fi foarte dureroase. Bătăturile, simple îngroşări ale stratului cornos al pielii, nu trebuie confundate cu verucile plantare, de natură virotică. Acestea emit o prelungire către straturile profunde ale pielii, sînt foarte dureroase, chiar la o simplă atingere, şi necesită tratamente mai speciale (roentgenterapie). Bătăturile trebuie înlăturate cu grijă, muind în prealabil picioarele în apă fierbinte cu săpun. la care se adaugă cîteva picături de hidrat de amoniu.

Bătăturile înmuiate sînt răzuite strat după strat (şi nu dintr-o dată adînc), cu ajutorul unei lame (în prealabil dezinfectată în alcool). După înlăturarea bătăturii, pielea trebuie unsă cu tinctură de iod sau cu un alt dezinfectant. Dacă se formează o suprafaţă uşor sîngerîndă şi dureroasă se pune pentru 2—3 zile un pansament cu pomadă cu aureociclină 3%. Pentru înlăturarea bătăturilor se mai folosesc pomezi conţinînd substanţe care înmoaie bine stratul cornos, cum ar fi acidul salicilic şi rezorcina. Este deosebit de important, atît pentru reuşita tratamentului, cît şi pentru împiedicarea refacerii bătăturilor, ca bolnavul să poarte o încălţăminte comodă, evitîndu-se astfel orice presiune asupra pielii.

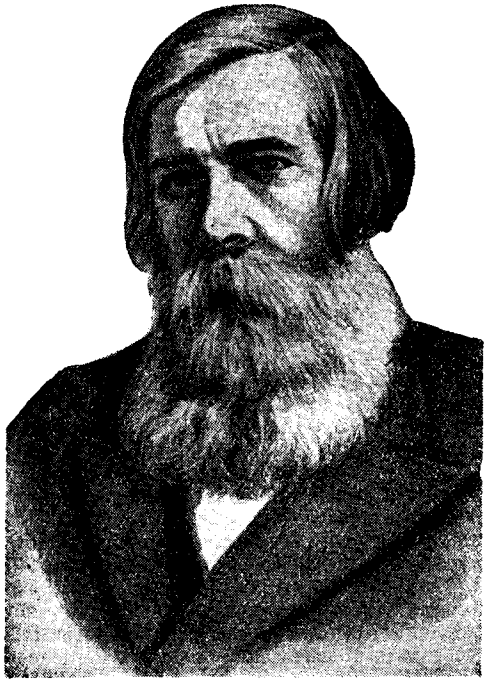
B.C.G., (bacil Calmette-Guérin), tulpină de bacili tuberculoşi bovini, atenuaţi prin cultivarea pe medii cu bilă (treceri succesive timp de 13 ani) şi devenită avirulentă (nu mai produce îmbolnăvirea), dar care a păstrat proprietăţile antigenice (proprietatea de a declanşa într-un organism producerea de anticorpi antituberculoşi). Această tulpină de microbi este utilizată sub numele de vaccin B.C.G. în vaccinarea împotriva tuberculozei. În R.P.R., vaccinarea antituberculoasă cu vaccin B.C.G. este obligatorie. Se face la toţi nou-născuţii, între a 6-a şi a 30-a zi de la naştere. Se mai face revaccinarea la preşcolari, şcolari şi adolescenţi, în cazul cînd intradermoreacţia la tuberculină este negativă (ceea ce arată că organismul respectiv nu este apărat de anticorpi specifici împotriva infecţiei tuberculoase). La nou-născuţi, vaccinul B.C.G. se administrează pe gură. În celelalte cazuri se administrează transcutanat, utilizînd un dispozitiv special, care efectuează deodată 20—30 de înţepături în piele, introducînd totodată şi vaccinul B.C.G. prin aceste înţepături. După 1—2 săptămîni apar la locul vaccinării mici noduli de culoare roşie, care dispar în cîteva săptămîni. Vaccinarea cu vaccin B.C.G. conferă organismului o rezistenţă faţă de infecţia tuberculoasă, fiind unul din mijloacele de luptă împotriva tuberculozei.

Behring Emil (1854—1917), bacteriolog şi imunolog german, unul din pionerii folosirii serurilor sanguine imunizante pentru tratamentul bolilor infecţioase. A făcut cercetări în legătură cu serul antidifteric şi antitetanic şi cu diferite vaccinuri. I s-a atribuit Premiul „Nobel", în 1901.

Behterev Vladimir Mihailovici (1857—1927), neurolog şi psihiatru sovietic, autor al unor importante lucrări asupra anatomiei şi fiziologiei scoarţei creierului. A combătut tendinţele idealiste în neuropsihiatrie şi psihologie şi s-a preocupat de studierea prin mijloace obiective a activităţii nervoase superioare a omului.

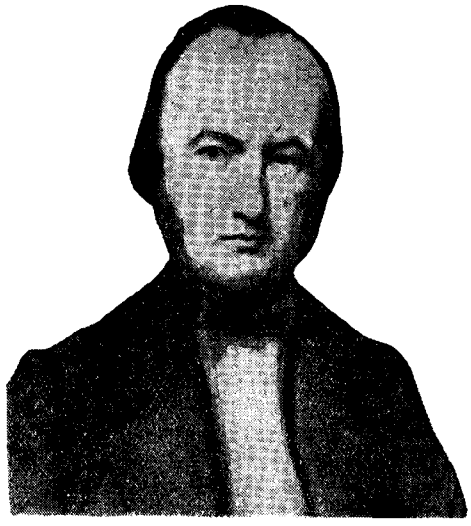
beladonă — vezi atropină.

benign, caracteristica unui proces patologic, boală sau tumoare, constînd în tendinţa de evoluţie către vindecare sau către o formă staţionară ce nu pune în pericol viaţa omului (de exemplu, tumoare benignă, sinonim cu expresia populară de „cancer mascul", care nu dă metastaze).



Vladimir Mihailovici Behterev

Bernard Claude (1813—1878), fiziolog francez, autorul unor cercetări fundamentale în cele mai diferite ramuri ale fiziologiei. A demonstrat că ficatul animalelor prelucrează şi depozitează zaharurile sub formă de glicogen. Tot el a precizat mecanismele nervoase ale apariţiei diabetului şi a scos în evidenţă participarea pancreasului la digestia grăsimilor. Lui îi revine meritul de a fi dovedit în mod incontestabil că nervii cu rădăcinile în porţiunea anterioară a coloanei vertebrale au funcţie motorie, iar cei din porţiunea posterioară au funcţie senzitivă. Alte lucrări ale sale privind fiziologia musculară, circulatorie, respiratorie şi nervoasă, precum şi substanţele toxice (curara) stau la baza fiziologiei moderne. A atras atenţia asupra deosebirii dintre glandele cu secreţie externă şi cele cu secreţie internă. La funeraliile sale, fiziologul Vulpian se considera îndreptăţit să afirme despre moştenirea ştiinţifică a marelui dispărut: „De aproape 30 de ani, majoritatea cercetărilor fiziologice publicate de lumea ştiinţifică nu constituie decît dezvoltări sau deducţii mai



Claude Bernard.

mult sau mai puţin directe din lucrările lui. În felul acesta, el a fost cu adevărat, în deplinul înţeles al cuvîntului, un maestru al aproape tuturor fiziologilor epocii sale". Claude Bernard este autorul celebrei „Introduceri în studiul medicinei experimentale", lucrare de metodologie ştiinţifică, în care sînt combătute tendinţele vitaliste din biologie şi medicină.

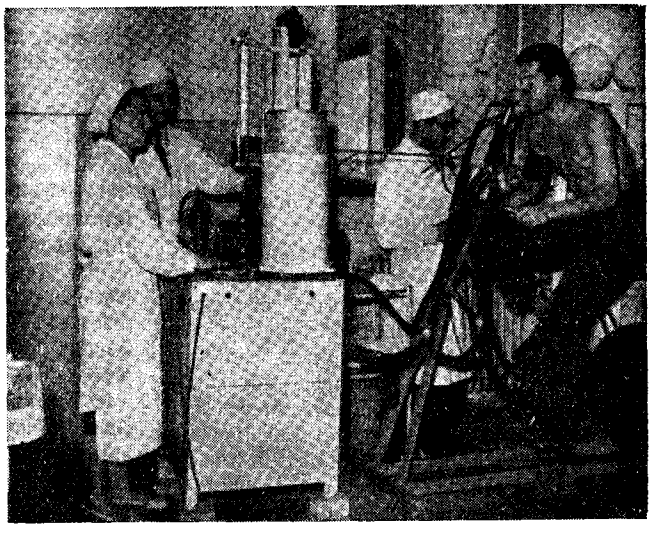
Biborţeni, localitate pe linia Braşov-Ciceu, lîngă Malnaş. Posedă ape carbogazoase alcaline care se îmbuteliază pentru transport şi sînt folosite ca apă de masă.

bicicletă ergometrică, aparat pentru efectuarea efortului fizic gradat, în formă de bicicletă fără roate, la care pedalele şi lanţul acţionează un disc frînat (prin mijloace mecanice sau electrice) corespunzător gradului de efort dorit. Serveşte pentru aprecierea adaptării la efort în diferite sectoare de muncă şi discipline sportive.

Bicsad, localitate din Oaş-Maramureş, cu ape alcaline carbogazoase, utile în boli ale aparatului digestiv. Apele sînt îmbuteliate şi transportate şi în alte localităţi.

bilă, secreţie a ficatului ce se elimină prin căile biliare (vezi ficat) în duoden. Prin conţinutul ei în acizi şi săruri biliare, bila ajută digestia alimentelor, favorizează absorbţia lor, stimulează motilitatea (contracţiile) gastrointestinală, întreţine un echilibru al florei intestinale împiedicînd apariţia infecţiilor. Secreţia biliară numită şi *biligeneză*, deşi are caracter continuu, furnizează în duoden bilă în mod discontinuu şi numai în perioadele de digestie alimentară. Între aceste perioade, bila se depozitează în vezica biliară (colecist), unde suferă un proces de concentrare. Astfel, din 800—1 000 ml bilă secretate în 24 de ore, în intestin ajung doar aproximativ 150 ml bilă, datorită faptului că stagnarea în vezică biliară duce la o concentraţie de 5—10 ori a bilei. Bila secretată de ficat este deschisă la culoare, gălbuie şi se numeşte bilă C. Bila concentrată din colicist este brun-închisă şi mai vîscoasă, purtînd numele de bilă B. Pe canalul coledoc există bilă coledociană, sau bilă A, care este un amestec de bilă C

Bicicletă ergometrică: *1* — cadru; *2* — ghidon; *3* — indicator al intensităţii efortului; *4* — pedale; *5* — şa; *6* — disc de cupru a cărui învîrtire este frînată după dorinţă şi măsurată prin sistemul electromagnetic şi mecanic (7).



Bicicletă ergometrică în funcţiune

şi B. Aprecierea cantităţii şi calităţii bilei se face în clinicile medicale prin aşa-numitul tubaj duodenal, procedeu care constă în înghiţirea de către bolnav a unei sonde subţiri de cauciuc prin care se extrag tipurile de bilă amintite (A, B şi C). În cazuri anormale, vărsarea bilei în intestin poate fi împiedicată. Atunci ea trece în sînge şi corpul se colorează în galben (icter). Alteori, din duoden poate trece în stomac (fapt care în mod normal nu trebuie să se întîmple) şi prin vomă poate fi eliminată împreună cu alimentele (vărsături biliare). În aceste cazuri, apare senzaţia de amar în gură. În cazurile în care cantitatea de bilă formată de ficat este insuficientă sau aceasta stagnează într-o vezică biliară leneşă, sînt utilizate medicamente, ceaiuri hepatice, a căror acţiune poate corecta deficienţele amintite.

bilicultură, însămînţare a bilei, extrasă prin tubaj duodenal, pe medii de cultură, pentru a se constata dacă conţine microbi. În mod normal, bila este sterilă. Această analiză se utilizează pentru punerea diagnosticului în infecţiile căilor biliare (angicolecistite, colecistite), în febra tifoidă şi în special la purtătorii de bacili tifici, la care microbul poate persista şi se poate dezvolta în colecist. Mediile de cultură însămînţate cu bila extrasă în recipiente sterile sînt ţinute la termostat la 37° şi examinate în laboratoare de bacteriologie. Pentru extragerea bilei se foloseşte un tub de cauciuc (sonda Einhorn), care, după sterilizare, este introdusă pînă în porţiunea a II-a a duodenului.

bilirubină, pigment biliar. Provine din hemoglobina globulelor roşii uzate care sînt distruse în mod fiziologic o dată cu primenirea sîngelui, adică după trecerea a aproximativ 120 de zile. Bilirubina care circulă în sînge se cheamă bilirubina indirectă (sau prehepatică); ea se îndreaptă către celulele ficatului unde, după ce suferă unele transformări, se schimbă în *bilirubină directă* (sau hepatică). Bilirubinemia, adică cantitatea normală de bilirubină din sînge, este de 5—8 mg la mie. Hiperbilirubinemia sau creşterea bilirubinei din sînge este cel mai caracteristic şi mai constant semn al icterelor. Ea poate proveni dintr-o supraproducţie în urma distrugerii excesive (hemoliză) a globulelor roşii, aşa cum se întîmplă în icterele hemolitice care duc la creşterea bilirubinei indirecte din sînge. Hiperbilirubinemia mai poate avea drept cauză leziuni ale ficatului (hepatită) sau împiedicarea eliminării bilirubinei din ficat în intestin ca în icterele prin hepatită şi icterele mecanice unde obstacolul şi micile canale din ficat sau pe căile mari biliare fac să crească bilirubina directă. Hiperbilirubinemia este un semn comun tuturor icterelor; ea atinge valori mici (20—50 mg la mie) în icterele hemolitice, moderat crescute (50—200 mg la mie) în hepatite şi mult crescute (200—400 mg la mie) în icterele mecanice.

Billroth Theodor (1829—1894), chirurg german, profesor la Zürich şi la Viena. A fost un admirabil operator şi un competent anatomopatolog. Este unul din promotorii marii chirurgii în perioada în care progresele anesteziei şi ale antisepsiei au permis operatorilor să intervină în profunzimea organismului. Tehnicile experimentate de Billroth în chirurgia esofagului, stomacului, intestinelor, limbii, tiroidei, laringelui, uterului au fost adoptate curînd în întreaga lume.

biopsie, metodă de laborator practicată pentru cercetarea şi diagnosticul unei tumori sau al unei alte leziuni. Metoda constă în: prelevarea chirurgicală a unui fragment din leziunea de cercetat, prelucrarea histologică şi diagnosticul anatomo-patologic. Prin această metodă se pot depista leziuni precanceroase sau cancere incipiente, se pot identifica leziuni al căror diagnostic clinic este îndoielnic sau necunoscut şi se poate confirma un diagnostic clinic. Biopsia „extemporanee" se face la începutul unei intervenţii chirurgicale, cînd tumoarea prezintă suspiciunea unui cancer, pentru a arăta natura exactă a tumorii, de aceasta depinzînd felul intervenţiei chirurgicale. Biopunctura unui organ este tot o metodă de biopsie, prelevarea fragmentului făcîndu-se cu ajutorul unui trocar special; se foloseşte mai ales pentru diagnosticul hepatitelor cronice, al afecţiunilor osoase, al tumorilor de prostată.

bismut, metal greu folosit pe scară largă în tratamentul sifilisului. Introdus pentru prima dată în arsenalul terapeutic în 1922 de medicul romîn C. Levaditi, bismutul este şi astăzi, alături de preparatele penicilinice, un medicament de bază împotriva infecţiei sifilitice. Curele bismutice, comportînd 10—15 injecţii intramusculare practicate cîte 2 pe săptămînă, sînt recomandate atît în cazurile recente de sifilis, alături de penicilină, cît mai ales în tratamentul de siguranţă, după dispariţia manifestărilor floride. Între cure se fac pauze de cîte 1—1 1/2 luni. Cele mai valoroase preparate de bismut sînt acelea în care metalul este dizolvat într-un ulei oarecare (preparatele liposolubile). Tratamentul bismutic trebuie aplicat cu competenţă, acest medicament putînd da accidente locale (abcese, dermită livedoidă Nicolau) sau generale (inflamaţii

ale mucoasei bucale, ale rinichilor) destul de serioase.

Bizuşa, localitate din raionul Dej, reg. Cluj, care posedă ape minerale slab concentrate, alcaline, sulfuroase, indicate în boli ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic şi în boli ginecologice.

Bikov Konstantin Mihailovici (1886—1959), fiziolog sovietic, unul din cei mai reprezentativi elevi ai lui I. P. Pavlov. A publicat importante studii privind reglarea de către scoarţa cerebrală a funcţiilor organelor interne, mecanismul nervos al apariţiei bolii ulceroase, substratul chimic al proceselor nervoase.

bîlbîială, vorbire dificilă caracterizată fie prin repetarea unei litere, silabe sau cuvînt, fie printr-o senzaţie de împiedicare a vorbirii la un moment dat. Tulburarea poate să apară la copiii cu un anumit grad de scădere a funcţiilor psihice (debili mintali) sau la adulţi după emoţii, supărări, încordare a activităţii nervoase cerebrale prin eforturi mari psihice, la nevropaţi (vezi nevroză). Bîlbîiala nu trebuie confundată cu unele tulburări datorită leziunii diferitelor porţiuni din sistemul nervos central cu rol în limbaj (vezi afazie) şi care se numesc: dizartrie, atunci cînd leziunea interesează nervii care inervează muşchii cu rol în apariţia sunetelor articulate (buzele, limba), disfonie, atunci cînd leziunea interesează nervii care inervează vălul palatin (vocea devine nazonată), coardele vocale (vocea devine bitonală); de asemenea în cazuri de leziuni ale creierului mic apare o vorbire sacadată, iar în cazuri de leziuni ale sistemului extrapiramidal din creier, o vorbire lentă şi monotonă. Sifilisul nervos poate, de asemenea, să dea naştere la greutate în vorbire, mai ales în boala denumită paralizie generală progresivă. În timp ce bîlbîiala se poate vindeca prin odihnă şi reeducare (mai ales la cei cu defect de vorbire din naştere), în celelalte tulburări de vorbire se tratează întîi cauza (infecţie, tumori, accidente vasculare cerebrale) şi abia la urmă, la recomandarea medicului, se va face reeducarea vorbirii.

blefarită, inflamaţia marginii libere a pleoapelor. Se poate caracteriza prin simpla congestie, formarea de scuame sau ulceraţii. Forma mai gravă, ulceroasă, se însoţeşte de foliculite, cruste, căderea cililor sau deformarea direcţiei implantării lor, ducînd la erodarea corneei. Blefarita este uneori constituţională la blonzi, alteori este întreţinută de vicii de refracţie, oboseala acomodaţiei, boli generale (anemie, scrofuloză) sau boli infecţioase. Tratamentul constă în îndepărtarea cauzei, comprese cu muşeţel, masaj cu nitrat de argint, îndepărtarea crustelor, epilarea genelor bolnave, tratament local cu antibiotice şi tratament întăritor general.

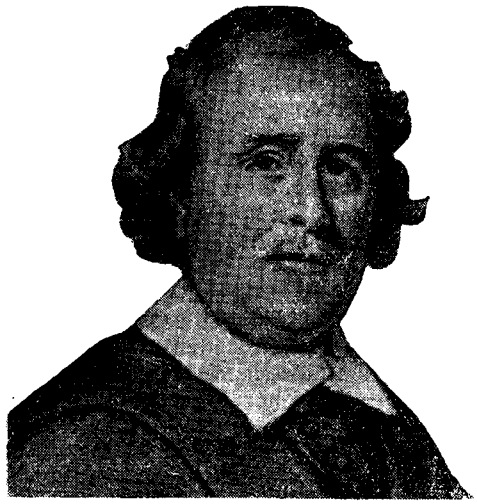
blenoragie (gonoree, gonococie, sculament), boală venerică, constînd în inflamaţia însoţită de secreţie purulentă a canalului urinar, datorită microbului gonococ (vezi uretrite).

blocaj cu novocainã, metodă de tratament propusă de chirurgul sovietic A. V. Vişnevski (1929), care foloseşte acţiunea soluţiei de novocainã asupra terminaţiilor nervoase periferice.

boală medicamentoasă; medicamentul reprezintă unul dintre cele mai importante mijloace de luptă împotriva bolilor. Descoperirile înregistrate în ultimile decenii în tratarea bolilor cu substanţe din ce în ce mai active, ca: antibiotice, hormoni, vitamine, substanţe anticanceroase, au dus la aproape stingerea unor boli şi la scăderea din gravitatea pe care altele o reprezentau în trecut. Dar, odată cu înmulţirea numărului de preparate medicamentoase, s-au ivit o serie de tulburări provocate nu atît de calitatea medicamentelor, cît de folosirea lor abuzivă, de întrebuinţarea lor incorectă sau de ignorarea faptului că fiecare organism posedă un fel propriu de a răspunde la acţiunea substanţelor medicamentoase. Se poate vorbi, cu alte cuvinte, despre o „boală medicamentoasă". Astfel, folosirea în doze mari sau pe o perioadă de timp prelungită a digitalei, medicamentul principal din tratamentul insuficienţei cardiace, poate duce la agravarea bolii, tot aşa după cum tratamentul cu piramidon şi derivaţii lui aplicat fără control medical în reumatism riscă să producă accidente sanguine grave. Nu numai dozele mari sau prelungit administrate dar şi dozele obişnuite pot deveni toxice pentru un organism care ascunde o sensibilitate particulară (vezi alergie) sau o insuficienţă funcţională oarecare (insuficienţă hepatică, renală). Dintre medicamentele care pot provoca tulburări alergice amintim: somniferele, sulfamidele, penicilina, streptomicina, piramidonul, bromul, iodul. Această alergie înnăscută sau dobîndită după o perioadă de folosire a medicamentului se manifestă cu erupţii ale pielii (urticarie), febră, tulburări digestive. Într-o insuficienţă hepatică sau renală, o doză obişnuită dintr-un medicament poate deveni nocivă din cauză că ficatul bolnav nu mai poate participa cu toată capacitatea lui antitoxică la distrugerea medicamentului, iar rinichiul nu-l mai poate îndepărta suficient de repede din organism. Trebuie condamnată tendinţa unora de a recurge la medicamente fără aviz medical, în plină sănătate sau în îmbolnăviri uşoare.

Ne referim la cei care consumă tot felul de vitamine, calmante, somnifere, laxative sau care folosesc antibiotice imediat ce au constatat o creştere a temperaturii. Recurgerea la antibiotice şi folosirea lor necorespunzătoare pot masca evoluţia unei boli, lăsînd impresia unei vindecări aparente. Rezultă de aici că administrarea unui medicament nu trebuie făcută fără indicaţie şi supravegherea medicului, singurul în măsură să cunoască deopotrivă semnele unei boli, organismul bolnavului şi influenţa pe care o poate avea medicaţia recomandată. El poate recurge, atunci cînd este cazul, şi la anumite examene de laborator pentru stabilirea stării funcţionale a ficatului, rinichilor, numărului globulelor albe şi roşii din sînge. Întrebuinţarea neştiinţifică a medicamentului, fără recomandarea medicului sau fără a ţine seama de indicaţiile lui, se traduce adesea printr-o „boală medicamentoasă", care se lasă plătită foarte scump.

boală profesională, îmbolnăvire produsă de acţiunea asupra organismului a unor factori ţinînd de natura muncii sau de anumite *noxe profesionale* existente la locul de muncă. În ţara noastră se desfăşoară astăzi o acţiune deosebit de susţinută pentru prevenirea bolilor profesionale, prin controlul permanent cu ajutorul laboratorului, al condiţiilor pe care le oferă locul de muncă, urmat de recomandări obligatorii formulate de către organele inspecţiilor de stat pentru igienă şi protecţia muncii în vederea înlăturării sau neutralizării factorilor producători de îmbolnăviri profesionale. Întreprinderile noi se proiectează şi se construiesc ţinînd cont de imperativul apărării sănătăţii celor care vor munci în ele, proiectele fiind supuse avizării din partea organelor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi Prevederilor Sociale. Dar la prevenirea bolilor profesionale sînt chemaţi să contribuie într-o măsură însemnată şi muncitorii înşişi, prin cunoaşterea şi respectarea regulilor de igienă a muncii, de igienă personală şi de protecţie contra factorilor nocivi. Mai trebuie notat că în eventuale condiţii grele de muncă, organismul nu reacţionează la toţi muncitorii la fel, primii îmbolnăvindu-se cei cu rezistenţă mai scăzută. Rezultă că pentru a evita îmbolnăvirile profesionale sînt foarte utile măsurile de întărire a rezistenţei organismului, printr-o viaţă sănătoasă, cumpătată, fără abuz de alcool şi tutun, cu folosirea raţională a timpului liber, somn suficient, practicarea culturii fizice şi a sportului.



Hermann Boerhaave

Aici se fac analize Wassermann.

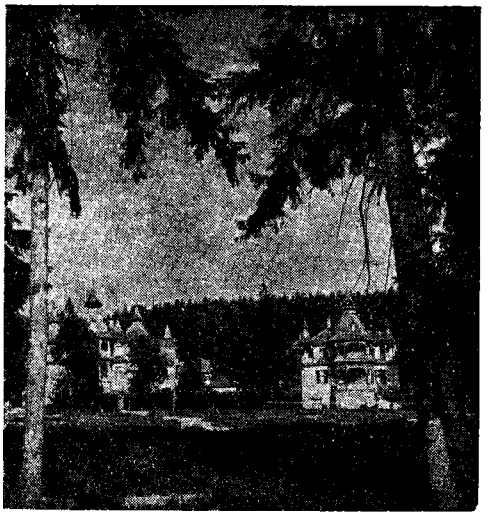
Boerhaave Hermann (1668—1738), medic, chimist şi botanist olandez. A fost unul din promotorii învăţămîntului medical modern, preconizînd studiul concret la patul bolnavului. Se spune că numărul tinerilor care soseau din întreaga Europă ca să-i audieze cursurile era atît de mare, încît municipalitatea din Leida s-a văzut obligată să construiască noi ziduri în jurul oraşului devenit neîncăpător.

Bogomoleţ Aleksandr Aleksandrovici (1881—1946), fiziopatolog şi endocrinolog sovietic. Fiu al unor revoluţionari narodnici, viitorul savant s-a născut într-o închisoare ţaristă. A devenit celebru prin studiile

sale privind transfuzia de sînge, lupta contra îmbătrînirii precoce şi rolul ţesutului conjunctiv în imunitate. A preparat serul citotoxic antireticular, capabil să stimuleze capacitatea de reactivitate şi apărare a organismului.

Bordet-Wassermann, analiză de laborator pentru diagnosticul sifilisului. În mod curent se foloseşte denumirea de Wassermann şi se efectuează de obicei cu sînge recoltat din vena bolnavului, uneori fiind necesar să se execute şi în lichidul cefalorahidian, care se obţine prin puncţie în regiunea suboccipitală (în ceafă), sau prin puncţie lombară. Prezenţa de *Treponema pallida* (microbul sifilisului) în sîngele bolnavului dă naştere la anticorpi care, găsindu-se în ser (lichidul obţinut după coagularea sîngelui în eprubetă), se unesc cu antigenul specific aflat într-un extract alcoolat din inima de bou. Evidenţierea reacţiei se face prin adăugarea unui al doilea sistem antigen-anticorp (alcătuit din globule roşii de oaie şi ser de iepure antihematii de oaie). Acesta dă hemoliză în cazul unui ser de la un pacient fără sifilis (Wassermann-negativ) şi nu dă hemoliză în caz că pacientul are sau a avut sifilis (Wassermann-pozitiv). Reacţia pozitivă se notează astfel: intens pozitiv = ++++; pozitiv = +++; slab pozitiv ++; dubios + sau —. De obicei, serodiagnosticul sifilisului nu se bazează numai pe reacţia Wassermann, ci se practică pe serul aceluiaşi bolnav mai multe tipuri de reacţii, ca: Levaditti-Latapie, reacţia Citocol (Sachs—Witepsky), reacţia Kahn şi reacţia Meinicke. Interpretarea rezultatelor se face ţinînd seama de toate aceste date şi cînd medicul stabileşte existenţa bolii, legislaţia în vigoare obligă bolnavul să urmeze tratamentul antisifilitic pînă la vindecare. Legislaţia precizează, de asemenea, că acest tratament nu se face numai la circumscripţia sanitară sau policlinica în raza cărora locuieşte bolnavul, iar eficienţa tratamentului se urmăreşte prin executarea de reacţii Wassermann în sîngele recoltat periodic de la bolnav. Ca urmare a măsurilor antiepidemice preconizate, în ţara noastră incidenţa sifilisului a scăzut extrem de mult. Necesitatea însă de a întări rezultatele bune obţinute pînă acum a impus luarea unor măsuri speciale profilactice, ca de exemplu: efectuarea reacţiei Wassermann ca examen curent, obişnuit, la toţi bolnavii internaţi în spital, indiferent de boala de care suferă.

Borsec, staţiune balneoclimaterică situată la 26 km de gara Topliţa, pe linia ferată care trece de la Braşov-Gheorgheni spre Dej, la o altitudine de 900 m. Climatul ei subalpin este stimulant, fiind indicat pentru stări de debilitate şi convalescenţă. Cele mai cunoscute izvoare (Principal şi Republica) au şi un debit foarte mare. Apa lor este îmbuteliată la staţia foarte modernă din localitate şi trimisă ca apă de masă (borviz) în toată ţara. Apele din Borsec excită secreţia gastrică şi sînt diuretice. În cură internă se mai prescriu izvoarele Horia şi Cloşca, uşor laxative. În bolile respiratorii — în inhalaţii — se folosesc izvoarele Bălcescu şi Cloşca. În cură externă, apele minerale din Borsec sînt recomandate în boli ale aparatului cardio-vascular, boli de nutriţie, boală Basedow, în boli cronice ale aparatului locomotor şi genital feminin. Un alt factor natural în sta-



Borsec.

ţiune este nămolul de turbă mineralizat, care se prescrie în boli locomotorii, nervoase şi genitale feminine. Staţiunea este contraindicată pentru bolnavii cardiaci şi renali decompensaţi, hipertensiune arterială mare, boala Basedow avansată. Plimbări şi excursii se pot face la Grota de gheaţă, la Făgeţel şi Făget, la Cheile Bicazului, spre Ceahlău şi munţii Gherghiului.

Borşa, staţiune balneoclimaterică din Maramureş, raionul Vişeu, posedînd ape carbogazoase, feruginoase, alcaline, indicate în boli ale aparatului digestiv şi ale căilor urinare. Localitatea are un climat continental, uşor stimulant şi constituie un centru turistic cu posibilităţi de ascensiuni spre Munţii Rodnei şi în Carpaţii Păduroşi.

Botkin Serghei Petrovici (1832—1889), medic şi gînditor materialist rus, unul din iniţiatorii orientării nerviste în clinica medicală prin studiile sale privind rolul sistemului nervos în producerea diverselor boli. A efectuat cercetări asupra hepatitei epidemice, anemiei, reumatismului. S-a ocupat de metodologia activităţii clinice, preconizînd studierea individualizată de către medic a fiecărui bolnav, în funcţie de condiţiile concrete de mediu.

botriocefaloză, boală parazitară a omului şi a unor animale produsă de prezenţa în intestin a unui vierme numit botriocefal (*Diphyllobotrium latum*). Este un vierme lat, turtit, asemănător cu panglica, format din segmente, lung de 10—12 m şi chiar mai mult. Segmentele

din apropierea capului (numit scolex) sînt mai mici, ele mărindu-se treptat spre capătul terminal. Gazda definitivă, unde viermele se află în intestin în stare adultă, o constituie omul şi unele animale domestice (cîine, pisică, porc) sau sălbatice vulpe, urs). Acestea reprezintă

Serghei Petrovici Botkin

izvorul de infecţie: prin materiile fecale elimină în mediul extern un număr foarte mare de ouă. Evoluţia oului în mediul extern se face numai în mediu lichid (ape, bălţi, rîuri); aici, din ou iese un embrion, care poate înota cîteva zile. Prima gazdă intermediară este un crustaceu (un mic rac) denumit *cyclops*, unde pătrunde embrionul şi se dezvoltă stadiul de larvă; a doua gazdă intermediară este peştele (ştiuca, bibanul) care ingerează crustaceul. În acest fel, larva îşi continuă dezvoltarea în organismul peştelui. Omul se poate infecta, consumînd peşte cu larve de botriocefal (infectarea se poate produce şi cu icrele de ştiucă), dacă peştele a fost insuficient fiert. Şi broaştele pot transmite boala celor ce le consumă, deoarece şi ele consumă crustacei. Larva se localizează în intestinul omului, unde se dezvoltă parazitul adult. Semnele bolii: anemie (care poate fi marcată chiar pînă la 1 000 000 de hematii), greţuri, dureri abdominale, dureri de cap, ameţeli, oboseală. Diagnosticul se stabileşte prin găsirea ouălor de botriocefal în materiile fecale, cu ajutorul analizelor de laborator. *Tratamentul* se face ca şi la tenie cu extract eterat de feriga, medicament vermifug (viermele este paralizat şi eliminat apoi printr-un purgativ) foarte eficace, dar destul de toxic, care trebuie administrat cu prudenţă şi numai cu indicaţia medicului. Viermele eliminat trebuie fiert jumătate de oră şi apoi aruncat la closet. Trebuie controlat dacă viermele a fost eliminat în întregime (cu scolex). Se mai poate utiliza atebrina sau acrihina, introdusă prin sondaj direct în duoden, urmată, la fel, de purgativ. Botriocefaloza este răspîndită peste tot, dar mai ales în nordul Europei. Profilaxia se face prin depistarea şi tratarea rezervorului uman, prin construirea de closete igienice şi împiedicarea depunerii materiilor fecale în mediul extern, prin educaţia sanitară a populaţiei, prin evitarea consumării de carne de peşte insuficient fiartă.

botulism, boală acută manifestată prin paralizii musculare şi semne digestive, provocată de ingestia toxinei bacilului botulinic o dată cu alimentele. Bacilul botulinic *Clostridium botulinicum)* este un microb strict anaerob, care produce spori; se găseşte ca saprofit în intestinul multor animale, la peşti, în pămînt, pe legume şi fructe. El se dezvoltă şi deci produce toxina botulinică numai cînd întîlneşte condiţii de anaerobioză strictă (în conserve, mai ales de peşte, în cîrnaţi, mezeluri). Contaminarea alimentelor cu bacili botulinici se face înainte de conservare, atunci cînd conţinutul intestinului vine în contact cu carnea. Legumele, fructele se contaminează din sol. Boala nu este contagioasă de la om la om. Îmbolnăvirea omului se face prin ingerarea preparatelor în care s-a produs toxina botulinică (conserve de peşte, de carne, de legume, cîrnaţi, mezeluri). Incubaţia durează între 6 şi 48 de ore. În primele 24—48 de ore, bolnavii au dureri abdominale, greţuri, uneori diaree, oboseală. Apar apoi tulburări în acomodarea vederii la distanţă şi lumină; pupilele sînt dilatate (midriază), apoi bolnavii văd dublu (diplopie) şi nu mai pot ridica pleoapele (ptoză a pleoapei). Aceste tulburări se produc prin paralizii ale unui nerv cranian (perechea a III-a). Se mai pot adăuga şi alte paralizii: muşchii laringieni (paralizie de corzi vocale, cu voce afonă), muşchi faringieni (tulburări de înghiţire, lichidele vin pe nas). În cazuri grave se adaugă şi paralizii ale altor muşchi, chiar respiratori (bolnavii, dacă nu sînt trataţi de urgenţă, mor prin oprirea respiraţiei). Boala este o toxiinfecţie alimentară; toate persoanele care consumă din alimentul care conţine toxină botulinică se îmbolnăvesc în acelaşi timp. Diagnosticul se precizează prin găsirea toxinei botulinice în alimentul consumat, în fecale, urină, sîngele bolnavilor, prin cercetări de laborator (inocularea la şoareci sau cobai). Tratamentul trebuie făcut cît mai urgent după începutul bolii. Se injectează intravenos sau intramuscular ser antibotulinic, care neutralizează toxina botulinică circulantă. Se fac spălături gastrice şi clisme; se administrează purgative pentru a îndepărta resturile alimentare şi toxina neresorbită încă. Profilaxia se face prin respectarea normelor de igienă ali-

mentară la pregătirea conservelor (vase curate, sterilizare corectă). Conservele suspecte (cu capacul umflat, gust, miros deosebit) nu vor fi consumate.

bradicardie, tulburare de ritm cardiac caracterizată printr-o alură rară (sub 60 de bătăi pe minut), dar regulată. Rărirea ritmului bradicardic poate avea drept consecinţă un oarecare grad de deficienţă a circulaţiei sanguine în teritoriul cerebral, care se traduce uneori cu ameţeli, alteori prin lipotimie sau chiar sincopă. Bradicardia sinuzală poate fi fiziologică, aşa cum se întîlneşte uneori în somn sau în timpul sarcinii, la persoanele în vîrstă, la cei care efectuează munci grele sau la atleţi antrenaţi. În condiţii de boală, bradicardia se observă în cursul icterelor, al unor boli de inimă, în anemie, hemoragie sau tumoare cerebrală, meningită, mixedem, convalescenţă după boli febrile, intoxicaţii (plumb, nicotină). Viitorul bolnavului depinde de afecţiunea care a determinat rărirea bătăilor inimii. Dacă nu are o cauză bine determinată, cum se întîmplă de obicei la persoanele în vîrstă, bradicardia poate fi socotită ca o binefacere, deoarece economiseşte forţele de rezervă ale inimii. Se mai poate întîlni bradicardie şi în cazul diverselor blocuri ale inimii, funcţionale sau prin leziuni organice situate pe traiectul căilor de conducere a influxului nervos din inimă, aşa cum se observă în procesele degenerative miocardice. Pentru precizarea caracterului şi cauzei acestor blocuri ale inimii este necesar un examen electrocardiografic.

Brădet, localitate la 20 km de Curtea de Argeş posedînd izvoare cu ape sulfuroase şi alcaline foarte slab mineralizate, indicate în cura de diureză şi în băi, în boli ale aparatului locomotor şi ale sistemului nervos periferic.

Brebu, localitate din raionul Sighet-Maramureş, cu izvoare de ape minerale carbogazoase, folosite în bolile aparatului digestiv şi urinar.

Brîncovenesc (spitalul), importantă instituţie spitalicească din Bucureşti, înfiinţată de băneasa Safta Brîncoveanu. Primele saloane de bolnavi au fost deschise în 1838. Aşezămîntul a fost condus pînă în 1948 de o epitropie particulară. În decursul anilor au lucrat aici unii dintre medicii bucureşteni de frunte, ca de exemplu. N. Kalinderu, C.I. Istrati, Chr. Buicliu, A. Theohari, E. Juvara, I. Iacobovici etc. Actualmente funcţionează la Spitalul Brîncovenesc clinici universitare şi institute ştiinţifice medicale.

bromură, sare a acidului bromhidric (HBr) din grupa sedativelor (calmantelor), cu acţiune generală datorită ionului brom. Acesta are o acţiune principală asupra sistemului nervos central, readucînd la normal funcţia sa în anumite îmbolnăviri, ca: afecţiuni psihice, boala epileptică, dureri de inimă sau palpitaţii de origine nervoasă, boală ulceroasă sau hipertonică, insomnii, tulburări de menopauză şi unele tulburări genitale. Se utilizează şi la radiografiile renale, ale vezicii biliare sau ale bronhiilor, ca şi în probele funcţionale hepatice. sub formă de săruri injectabile intravenos, Administrarea bromurii la bolnavi se face în soluţii apoase (bromura de sodiu, de potasiu, calciu sau amoniu) şi prin preparatele CIF în granule (polibromefervescent) sau injecţii cu administrare intravenoasă (bromura de calciu). Nu se administrează la copii şi la gravide (trece în lapte). În tratamentele obişnuite se preferă administrarea sa în cursul serii (fiind un bun somnifer), o mică parte din doza zilnică rămînînd de aplicat în timpul zilei. Bolnavul tratat astfel trebuie însă supravegheat, deoarece bromul se poate cumula în organism (eliminarea sa prin urină şi prin sudoare putînd să fie mai mică de cît dozele administrate), apărînd efectul de bromism: oboseală generală, slăbirea memoriei, a judecăţii şi a mersului, impotenţă sexuală, iar prin eliminarea sa la nivelul mucoaselor şi pielii putînd da conjunctivite, dermatite sau acnee.

bronhodilatator, medicament care dilată bronhiile, atunci cînd sînt îngustate datorită spasmului muşchilor netezi de la nivelul lor. Medicamentele bronhodilatatoare în aceste cazuri sînt indicate de urgenţă. Printre medicamentele care se întrebuinţează în astmul pulmonar citäm: atropina, adrenalina în fiole, injectată subcutan, astmosedinul în fiole sau sirop în flacon (Astmosedol), ceaiul antiastmatic (folosit ca infuzie) sau ţigări antiastmatice. Aceste medicamente realizează de cele mai multe ori o cedare rapidă a crizei de astm, dar trebuie completate cu tratamentul bolii astmatice, în general, sau al urmărilor sale.

bronhopneumonie, inflamaţie alveolară şi bronşică diseminată în ambii plămîni. Boala, de natură microbiană (pneumococ, stafilococ) este favorizată de frig şi umezeală, de starea de debilitate a organismului (vîrstă fragedă, bătrîni sau denutriţi) şi de scăderea forţelor lui de apărare (convalescenţă după pojar, tuse convulsivă, gripă). Simptomele bronhopneumoniei sînt variate, în legătură cu vîrsta, pe de o parte, şi cu boala infecţioasă în cursul căreia apare, pe de altă parte; la copii, aceste semne sînt mai puternice, în vreme ce la bătrîni sînt puţin exprimate. Starea toxică însă este prezentă în ambele forme, manifestîndu-se printr-o alterare profundă a stării generale, cu febră ridicată sau neregulată, puls rapid, agitaţie, sau dimpotrivă torpoare. Dispneea este permanentă, traducîndu-se printr-o sete de aer şi o respiraţie superficială şi deasă; aripioarele nasului sînt animate de bătăi ritmice. Cianoza (învineţirea) feţei este uneori foarte marcată. Tusea se însoţeşte de o expectoraţie mucopurulentă adesea cu firicele de sînge. Numărul leucocitelor este ridicat (leucocitoză); viteza de sedimentare (V.S.H.) de asemenea. Se aplică prişniţe cu alcool sau muştar, antibiotice stimulatoare şi întăritoare ale inimii (pentazol), strofantină. În formele cu dispnee severă se impune administrarea de

oxigen. Regimul va fi bogat în lichide şi glucide (compoturi, dulciuri, făinoase).

bronşiectazie, dilataţie a bronhiilor cu inflamaţia şi stagnarea secreţiilor purulente în aceste dilataţii. Procesul de fibroză şi scleroză care se instalează la tuşitorii cronici, după bronşitele cronice, severe şi repetate, tuse convulsivă sau după tuberculoză pulmonară cronică, duce la tracţiuni şi modificări ale peretelui bronşic, care favorizează apariţia bronşiectaziei. Tusea şi mai ales expectoraţia sînt semnele principale ale ei. Tusea apare dimineaţa la sculare înlesnind „toaleta bronhiilor" prin evacuarea secreţiilor acumulate peste noapte. Expectoraţia este mucopurulentă, abundentă (50—300 ml). Sputa cu sînge (hemoptoică) se întîlneşte destul de des şi traduce existenţa unor ulceraţii la nivelul dilataţiei bronhiei. Pentru precizarea diagnosticului este necesar examenul radiologic. Se utilizează *bronhografia*, care este o metodă specială cu ajutorul căreia, prin introducerea unei substanţe de contrast (lipiodol) în arborele bronşic se reuşeşte studierea celor mai fine ramificaţii ale acestuia. *Tratamentul* bronşiectaziei constă în aspirarea secreţiilor prin *bronhoscopie* şi antibiotice. În bronşiectaziile localizate, exereza chirurgicală parţială este salutară.

bronşită, inflamaţie a mucoasei care căptuşeşte arborele bronşic. 1) *Bronşită acută* este de obicei o manifestare parţială a unui proces inflamator care cuprinde căile respiratorii în totalitate, aşa că vorbim de rino-traheobronşită. Frecvent se asociază şi inflamaţia mucoasei laringelui, în care caz este vorba de o laringo-traheo-bronşită. Bronşita acută recunoaşte drept cauză o infecţie favorizată de frigul umed, alteori o sensibilizare (vezi alergie) a mucoasei bronşice la particule de praf, polen etc. Multe din bolile contagioase (gripă) şi în special cele eruptive (pojar, rubeolă) se însoţesc de bronşită. Simptomele premergătoare ale bronşitei sînt: înfundarea nasului, strănut, înecăciune, senzaţie de usturime în gît, răguşeală. După cîteva zile apare bronşita propriu-zisă, care se manifestă printr-o stare generală tulburată: dureri de cap, senzaţie de oboseală şi de slăbiciune, dureri în membre, febră. Tusea este de cele mai multe ori uscată (faza de cruditate). După cîteva zile, simptomele se reduc; tusea, care nu mai este atît de chinuitoare, a devenit umedă, căci bronşita a intrat în faza de coacere (tusea „s-a copt") şi sputa este expectorată mai uşor. În general, şi atunci cînd nu intervin complicaţii, o bronşită acută durează 5—10 zile. 2) *Bronşita cronică* poate urma unei bronşite acute recidivante sau poate să evolueze cronic de la început. De obicei ne aflăm în faţa unei bronşite acute care se prelungeşte sau se repetă, cu simptome care trec din ce în ce mai greu. Tusea devine aproape permanentă, îmbrăcînd uneori caracterul unor accese de tuse declanşate de trecerea de la o temperatură la alta (din casă, afară). La bătrîni, accesele de tuse pot să se însoţească de dispnee şi cianoză. În formele umede, sputa este abundentă şi are aspect mucopurulent; în formele uscate, tusea este chinuitoare, iar sputa puţină, mai mult vîscoasă. Este important să ne reamintim că în spatele unei bronşite cronice pot să se ascundă numeroase boli: emfizem, insuficienţă cardiacă, bronşiectazie, tuberculoză pulmonară, tumori. O bronşită care se prelungeşte necesită neapărat control medical competent. Profilaxia bronşitei indică evitarea frigului şi a umezelii, îmbrăcăminte potrivită pentru diferite anotimpuri, evitarea locurilor aglomerate în timpul epidemiilor de gripă, igiena la locul de muncă cu respectarea condiţiilor de protecţie a muncii în industriile cu pulberi şi praf. La începutul bolii se urmăreşte calmarea tusei; cînd apare expectoraţia se recomandă expectorante. Revulsivele (ventuze, cataplasme cu muştar) sînt bine venite, la fel aspirina, piramidonul, băuturile fierbinţi, în cazurile indicate de medic. Nu trebuie uitată, încetarea imediată a fumatului, ştiută fiind frecvenţa bronşitei tabagice.

Brown-Séquard Charles-Edouard (1817—1894) fiziolog şi neuropatolog francez, unul din fondatorii ştiinţei endocrinologiei. A devenit celebru prin lucrările sale privind fiziologia şi patologia creierului şi a măduvei spinării, iritabilitatea musculară, funcţiile capsulelor suprarenale şi ale altor glande cu secreţie internă. Este un precursor al opoterapiei moderne prin experienţele sale de stimulare a sexualităţii masculine cu ajutorul extraselor testiculare.

bruceloză (febră ondulantă), boală infecţioasă, contagioasă, trasmisă omului de la unele animale domestice, caracterizată prin perioade febrile separate de perioade cu stare generală bună fără febră. Boala este produsă de bacili bruceloşi, microbi foarte rezistenţi în mediul extern. Sînt trei specii de bacili bruceloşi care produc boala la om şi animale, şi anume: *Brucella abortus* (boala la vaci), *Brucella suis* (boala la porci), *Brucella melitensis* (boala la capre). În ţara noastră există în special *Brucella abortus*. La animalele bolnave, boala produce avorturi repetate. Izvorul de infecţie este format de animalele bolnave, care elimină microbii prin lapte, urină, fecale şi prin secreţiile uterine şi vaginale, după avort. Aceste produse contaminează cu microbi şi grajdul vitelor. Calea de transmitere a bolii la om este directă şi indirectă. Direct, bacilii bruceloşi pătrund în organismul omului prin pielea care are mici zgîrieturi, răni, excoriaţii. Acest lucru se întîmplă la cei care sînt în directă legătură, prin profesiunea lor, cu animalele (mulgători, grăjdari, veterinari). Contagiunea se face mai ales la cei care asistă animalele bolnave cu ocazia avorturilor sau a naşterilor şi îşi introduc mîna neprotejată de mînuşă în uterul acestor animale, pentru extragerea resturilor placentare. Indirect, boala se transmite prin alimente provenite de la animale bolnave şi deci contaminate cu bacili bruceloşi

(lapte nefiert, brînză, unt, smîntînă). Boala nu se transmite de la om la om. Incubația este în medie de 2 săptămîni. Perioadele febrile durează 1—2 săptămîni și se repetă luni de zile, chiar ani. Între ele sînt perioade afebrile, care durează săptămîni sau luni de zile. În timpul perioadelor febrile, bolnavii au oboseală accentuată, transpirații abundente, dureri în încheieturi (ca în reumatism). Forma acută a bolii este mai rară și mai gravă. Forma cronică este mai frecventă, manifestîndu-se cu simptome mai reduse (de obicei, bolnavii își continuă activitatea). Boala poate produce complicații la foarte multe organe. Vindecarea survine de obicei după cîțiva ani de boală. Diagnosticul se precizează la animale ca și la omul bolnav prin anumite analize de laborator (intradermoreacția cu brucelină, reacția Wright, izolarea bacililor bruceloși prin culturi). În tratamentul bolii se utilizează antibiotice (aureomicină, cloramfenicol, streptomicină, sulfamide). În tratamentul formelor cronice se folosește, de asemenea, vaccinul antibrucelos. Boala face parte din grupa A, fiind de declarare obligatorie; izolarea în spital este facultativă. Profilaxia se face suprimînd izvorul de infecție (adică sacrificînd animalele găsite bolnave). Pentru depistarea animalelor bolnave se fac examene de laborator sistematice la toate vacile. Personalul care lucrează în acest sector și în special cu animale bolnave, trebuie să ia măsuri de protecție (mănuși la cei care asistă nașterile sau avorturile, mulsul mecanic, interzicerea de a bea lapte crud etc.). De asemenea, pentru împiedicarea răspîndirii bolii la alte animale se respectă normele de igienă și se face dezinfecția grajdurilor.

bulă, leziune elementară a pielii, caracterizată printr-o ridicătură a straturilor sale superficiale, cu conținut lichid. Astfel de bășici, de dimensiuni variabile, cuprind de cele mai multe ori un lichid clar (limfa), cum ar fi cazul cu bulele din arsuri și din pemfigus; în unele cazuri lichidul din bulă este purulent, ca spre exemplu în impetigo vulgar (bubele dulci), iar în alte cazuri poate fi hemoragic. După ruperea capacului de piele care acoperă bula, conținutul lichid se scurge pe pielea dimprejur și fundul său apare ca o eroziune care se acoperă cu o crustă sau coajă. Vindecarea bulei se face de cele mai multe ori fără cicatrice, deci fără să se mai cunoască locul unde a evoluat.

bulimie, foame exagerată ce poate apărea fie trecător în unele stări fiziologice (în timpul sarcinii), fie cu caracter constant în stări patologice (diabet, boli ale sistemului nervos) cînd ingestia alimentară exagerată duce la o îngrășare marcată (obezitate).

bursită (higroma), inflamație a burselor seroase, adică a formațiunilor anatomice care apar în locurile în care tendoanele se freacă pe suprafețe dure sau între piele și os. Bursele seroase conțin un lichid filant denumit sinovie, unele putînd comunica cu cavitățile articulare. După natura infecției și după evoluție pot fi acute și cronice. Bursitele acute apar în urma contuziilor repetate, a unei plăgi penetrante, dar mai ales prin propagarea unui proces infecțios din vecinătate; se întîlnesc mai ales la bursele prerotuliană (genunchi) sau retroole-

Burse seroase a căror inflamare dă bursita.

cranianā (cot), consecutiv unui furuncul, unei limfangite a genunchiului sau cotului, sau unei infecții localizate la distanță. Tratamentul constă în deschiderea chirurgicală sau chiar extirparea completă a bursei. Bursitele cronice sînt datorite unor traumatisme repetate și de aceea le găsim la asfaltatori (bursite prerotuliene), la cei care stau în coate (bursita olecranului) sau sînt datorite unor infecții cronice (tuberculoză). Tratamentul constă în puncție evacuatoare, urmată de injectarea în bursă de antibiotice sau extirpare chirurgicală.

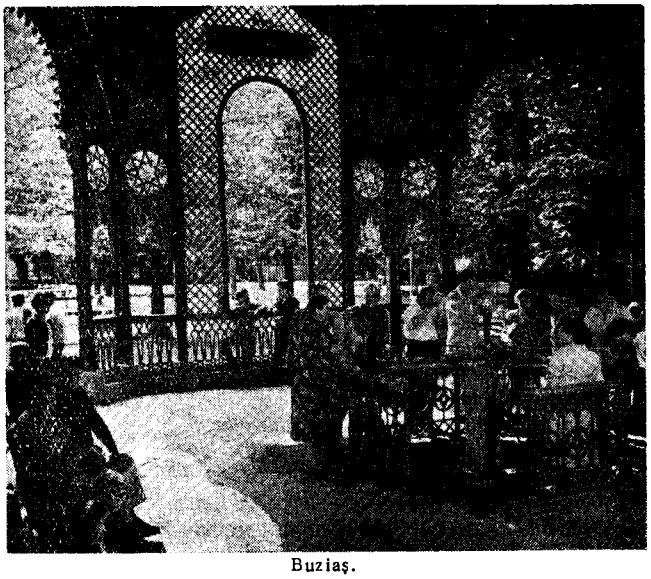
butonoasă (febră), boală acută infecțioasă și contagioasă, transmisă omului de la cîine, caracterizată prin febră și erupție caracteristică pe piele. Agentul patogen este *Rickettsia conori*. Izvorul de infecție este format de cîinii bolnavi de febră butonoasă. Cîinii fac boala inaparentă. Boala se transmite de la cîine la om printr-un vector: o căpușe a cîinelui *(Rhipicephalus sanguineus)*. Boala nu se transmite de la om la om. Incubația durează 7—14 zile. Debutul este brusc, cu frison, febră. Febra durează 10—12 zile, însoțindu-se de dureri musculare, dureri de cap. La 3—4 zile de la debut apare pe piele o erupție formată din elemente izolate, de culoare roșie, reliefate (butonoase), cu diametrul de aproximativ 5 mm, răspîndite mai ales pe membre la extremități.

Buză de iepure

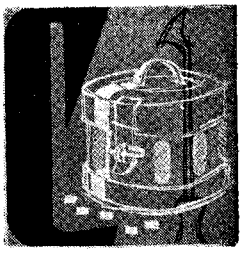
La locul unde prin mușcătura căpușei a fost introdus agentul patogen, se formează în peste 50% din cazuri o leziune numită șancru de inoculare, constituită la început dintr-o pustulă care apoi face o coajă (crustă). Aceasta reprezintă poarta de intrare a agentului patogen în organism. *Tratamentul* constă în administrarea unuia din antibioticele următoare: tetraciclină, aureomicină, teramicină, cloramfenicol. Febra scade în 1—2 zile de la începutul tratamentului. Boala se vindecă totdeauna, chiar netratată cu antibiotice în 10—14 zile. Boala este de declarare și internare obligatorii în spitalul de boli contagioase (grupa A). *Profilaxia* bolii se face prin distrugerea căpușelor cu insecticide la cîini.

Buză de iepure, malformație congenială, caracterizată prin persistența parțială sau totală a despicăturii labio-maxilo-palatine. Cînd despicătura interesează numai buza și marginea alveolară, tulburările funcționale sînt mici, suptul este posibil. Cînd despicătura interesează și pragul nării și mai ales bolta palatină și vălul palatin, suptul devine imposibil, copilul trebuind să fie hrănit cu linguriță. De asemenea, tulburările de fonație sînt foarte pronunțate. Tratamentul este chirurgical, rezultatele fiind bune (vezi gură de lup).

Buziaș, stațiunea balneară Buziaș se află în plină cîmpie la o altitudine de 108 m, la o distanță de 27 km de Lugoj și 36 km de Timișoara. Izvoarele din stațiune sînt cunoscute de foarte multă vreme. Ele sînt slab concentrate și conțin în cantitate variabilă bioxid de carbon, fier, bicarbonați, calciu, magneziu. Apele minerale din Buziaș sînt folosite atît în cura internă, cît și în cura externă. În cura internă apele se prescriu în gastrite cronice cu hipoaciditate, colecistopatii, pielocistite calculoase sau necalculoase, anemii cu hemoglobină puțină etc. În cura externă apele carbogazoase și feruginoase din stațiune se prescriu în bolile aparatului cardiovascular, dacă acestea sînt compensate. Vor fi deci contraindicate trimiterii în această stațiune bolile endocardului în evoluție, cele ale miocardului, care nu sînt stabilizate, hipertensiune arterială oscilantă sau fixată la cifre mai mari. De asemenea nu se vor trimite cazuri de tuberculoză pulmonară, boli digestive avansate. Cele mai cunoscute izvoare pentru cura internă sînt: Republica și Sănătății, iar pentru cura externă — Oțel (feruginos), Phoenix, Anton nr. 1 și nr. 2. Tratamentul cu băi în stațiune trebuie să urmeze cu strictețe prescripția medicală, atît în ceea ce privește durata și temperatura băii, cît și nivelul pînă la care să se ridice apa în vană.



Buziaș.



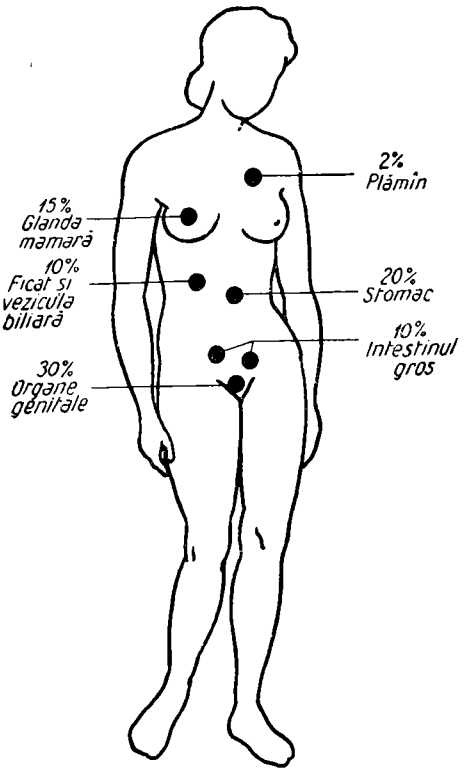
cafeină, alcaloidul principal extras din cafea, ceai, nuca de Cola, utilizat în medicaţia *per os* în bază pură sau săruri (citrat, bromhidrat, bromură sau iodură de cafeină) şi parenteral, sub formă de soluţie în benzoat de sodiu (*cafein natrium benzoicum*, fiole de 1 ml a 0,25 g, preparat CIF). Are o acţiune stimulentă asupra sistemului nervos central, excitantă a centrilor bulbomedulari (centrul vasomotor şi respirator), însă de scurtă durată. Dilată vasele cerebrale, ale miocardului şi ale viscerelor abdominale. Îmbinînd acţiunea stimulentă nervoasă cu acţiunea vasodilatatoare locală, este un tonic cardiac de urgenţă, ca şi un analeptic respirator, fiind indicată în şoc, colaps central, respiraţie patologică (Cheyne-Stokes), migrenă, cefalee şi avînd calitatea de antidot în intoxicaţia acută alcoolică. Este însă contraindicată în palpitaţii sau în cazurile de afectare a miocardului, care nu ar mai rezista suprasolicitărilor prin cafeină (miocardită). Nu se administrează, de asemenea, la persoane irascibile sau la copii agitaţi. În acţiunea sa asupra sistemului nervos central, trebuie subliniat efectul epuizant în cazul dozelor necontrolate (medicament, cafea, Koca-cola), căci, cu toată acţiunea sa stimulantă, cafeina nu reprezintă un aliment pentru celula nervoasă, ridicînd nivelul arderilor celulare fără a-i asigura un aport energetic corespunzător. Consumul excesiv de cafeină ca stimulent poate avea ca rezultat scăderea activităţii nervoase superioare, efectul său apărînd în acest caz ca dăunător organismului.

calciu, element mineral absolut necesar organismului, găsindu-se depozitat în special în schelet (oase), legat cu fosforul (ca fosfat de calciu) şi cu acidul carbonic (carbonat de calciu). Se mai găseşte în cantităţi mici în ţesuturi, sînge şi lichidul cefalorahidian.

Aportul de calciu în organism se realizează prin alimentaţie, laptele şi ouăle fiind alimente cu un bogat conţinut de calciu. Absorbţia calciului din alimente se face cu ajutorul vitaminei D şi al razelor ultraviolete (care activează vitamina D); de aceea, la copil, administrarea calciului necesar creşterii se face adăugînd vitamină D împreună cu expunerea copilului la razele solare. Metabolismul calciului (repartizarea şi folosirea lui în diferitele părţi ale organismului în funcţie de necesităţi) este sub dependenţa unor glande cu secreţie internă aşezate lîngă glanda tiroidă (glandele paratiroide). Eliminarea lui din organism se face în special prin urină (ca oxalat de calciu), fecale, sub formă de săruri. În sînge, calciul se găseşte în cantităţi mici (10 mg la 100 ml), dar constante (fiind reglat de paratiroide), sub formă de ioni de calciu şi sub formă de complexe cu proteinele plasmei. Calciul ionizat este important în procesul de coagulare a sîngelui (în caz de hemoragie). În unele boli cu pierderi mari de calciu poate apărea o contractură a muşchilor, iar în caz de creştere anormală a cantităţii de calciu în organism se pot produce calcificări în rinichi şi încetinirea bătăii inimii. Calciul este indicat în prevenirea rahitismului la gravide şi la copii în cantităţi care se stabilesc de către medic. Se administrează, de asemenea, în caz de boli ale glandelor paratiroide, în perioada de calcificare a fracturilor, în caz de manifestări alergice, boli ale capilarelor, tuberculoză. Este prezentat sub formă de soluţii în flacon (Clorocalcin, administrat în picături sau cu linguriţa), în fiole cu administrare strict intravenoasă (Clorură de calciu) sau intramusculară (Gluconat de calciu). Gluconatul de calciu se mai prezintă şi sub formă de granule (Calciu granulat CIF) comprimate (Lacticalcin), asociat cu fosforul (Fosfovit). Este prezent şi în unele preparate polivitaminice (Cavit 9, Pantovit).

Calmette Albert (1863—1933), microbiolog, imunolog şi igienist francez, cunoscut prin cercetările sale asupra tuberculozei, ciumei şi variolei, prin lucrările de seroterapie şi mai ales, prin vaccinul antituberculos (B.C.G.), pe care l-a preparat împreună cu J.R. Guérin.

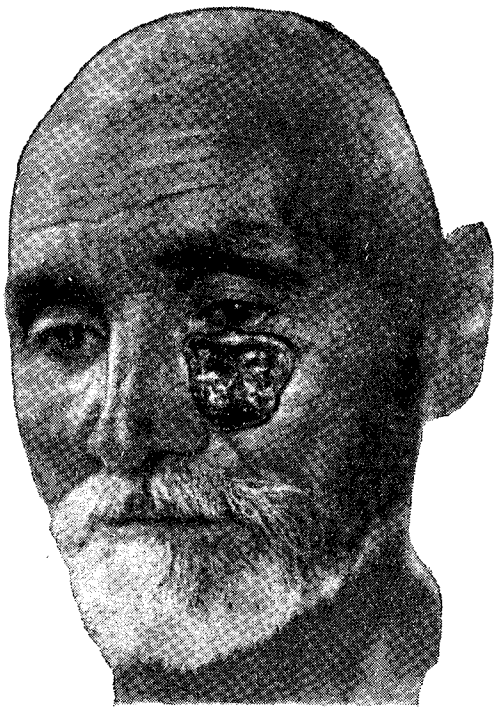
calviție, căderea în totalitate a perilor din pielea capului. Dacă se însoțește de moartea papilelor (partea vitală de la rădăcina perilor), calvița rămîne definitivă. Dacă papilele părului nu sînt distruse și se intervine cu un tratament potrivit, care să îndepărteze cauza provocatoare, părul se poate reface (vezi alopecie).



Principalele localizări ale cancerului (în procente).

cancer, tumoare cu evoluție malignă, care netratată se dezvoltă progresiv, determinînd însămînțări (metastaze) și în alte organe, producînd moartea bolnavului. Originea poate fi în orice țesut al organismului, dar mai ales în țesutul perivascular, epiteliul canalelor excretoare ale glandelor, criptele mucoaselor. Tumoarea crește prin înmulțirea celulelor, prin diviziune indirectă, mai rar prin diviziune directă; ritmul de diviziune a celulelor neoplazice este mult mai accelerat decît ritmul normal de creștere. Uneori, cancerul apare pe o leziune preexistentă „precanceroasă". Teoretic, orice focar de iritație cronică, distrofie sau orice tumoare benignă poate fi socotită ca o stare precanceroasă. Printre cele mai frecvente boli socotite ca stări precanceroase sînt: ulcerul gastric calos, metrita cronică a colului uterin rezistentă la tratament, mastoza chistică, fibroadenomul mamar, polipii digestivi, chisturile papilifere ale ovarului, leucoplaziile. Structura microscopică a cancerului amintește structura țesutului din care s-a dezvoltat. Crește prin proliferare celulară, invadînd țesuturile învecinate, vasele sanguine și limfatice, teaca nervilor; de aceea, tumorile canceroase nu sînt delimitate, au marginile difuze, dure, aderente la țesuturile vecine; tratate tîrziu se pot reface (recidivă) sau pot da metastaze. Metastazarea constă în apariția la distanță de tumoarea primitivă a unei alte tumori, asemănătoare cu prima. Căile de propagare pot fi: limfatice, sanguine sau prin teaca nervilor. În evoluția unui cancer se descriu trei etape: a) faza locală, în care nodulul neoplazic invadează și distruge țesuturile din imediata vecinătate; b) faza de extensie regională, care se realizează pe cale limfatică, determinînd invadarea ganglionilor limfatici din apropierea tumorii; c) faza de generalizare, cînd celulele neoplazice depășesc ganglionii limfatici regionali și ajung la distanță mare de tumoare, producînd metastaze. Mecanismul formării cancerului este încă necunoscut, dar atenția este îndreptată spre studierea factorilor prin care condițiile nervoase, endocrine și metabolice ale organismului influențează creșterea anormală a țesuturilor. Se pare că factorul general este dirijat de sistemul nervos, care prin intermediul hipofizei, al celorlalte glande endocrine și al modificărilor biologice favorizează proliferarea anormală a țesuturilor. Factorul local are rolul de a influența tendința anormală de creștere în sensul malign sau benign; aceste condiții locale (cancer de gudron, iritații locale) nu sînt eficiente de cît pe un teren pregătit de condiții generale. Se discută unele condiții favorizante, cu rol în dezvoltarea tumorilor care țin de mediul extern sau de particularitățile individuale. Regiunea geografică (o climă temperată, anumite iradiații termice, soluri sărace în magneziu) ar favoriza dezvoltarea tumorilor; s-a vorbit chiar de „case de canceroși", în care toți locatarii suferau de tumori. Razele solare, razele X (cancerul radiologilor) favorizează apariția cancerelor pielii. Alimentația ar avea un anumit rol în sensul că glucidele și colesterolul în exces ar favoriza dezvoltarea cancerelor; se pare că persoanele grase se îmbolnăvesc de cancer mai frecvent de cît persoanele slabe. În profesiunile în care se manipulează gudroane, anilină (substanțe cancerigene) apar cancere mai frecvent. Iritațiile cronice, prelungite, par să aibă un rol în apariția cancerelor. Contagiunea nu este dovedită; pînă în prezent nu există argumente suficiente care să confirme originea virotică a cancerelor. Ereditatea nu joacă nici un rol în cancer. S-a demonstrat că nu ereditatea, ci condițiile comune de viață explică existența așaziselor „familii de canceroși" Vîrsta: cancerul apare la orice vîrstă dar este mai frecvent după 40 de ani; vîrsta pare a influența varietatea tumorii; la vîrsta tînără, cînd predomină creș-

terea somatică, apar mai frecvent tumorile țesutului conjunctiv, în timp ce la vîrsta adultă sînt mai frecvente epitelioamele. În ceea ce privește sexul, repartiția cancerelor este aproximativ egală la ambele sexe; sexul influențează frecvența localizărilor: la femei predomină cancerele genitale, iar la bărbați, cancerul tractului digestiv. Clasificarea cancerelor se face după natura țesutului în care se formează. Tratamentul cancerului este chirurgical, cu agenți fizici (raze X, radiu, izotopi radioactivi), chimioterapic (citostatice: sarcolizina, TEM, Tiotepa), hormonal (în cancerul de prostată și în cancerul mamar) și mixt. În faza locală, tratamentul dă rezultate bune și bolnavul se vindecă. În faza regională, procentul de vindecări este mai mic, dar se obțin supraviețuiri uneori de lungă durată. Cancerul prin răspîndirea lui, dar mai ales prin gravitatea lui, constituie o problemă socială. Datele teoretice și practice pe care le avem azi asupra cauzelor și fiziopatologiei acestei boli nu ne îngăduie să avem o concepție unitară. *Cancerele pielii*, datorită faptului că sînt cele mai evidente, beneficiază de un diagnostic și tratament mai timpuriu. Procentul cel mai mare de vindecări se obține la aceste forme de cancer. Ele sînt formațiuni proeminente sau ulcerate ale pielii, cu aspecte clinice variabile, a căror caracteristică este malignitatea lor, adică tendința la creștere și la provocare de distrugeri importante. După formațiunile anatomice pe care le atacă, tumorile maligne ale pielii se pot împărți în trei mari grupe: *cancere epiteliale*, denumite și epitelioame, interesînd straturile superficiale ale pielii; *sarcoame*, interesînd straturile profunde, dermice, conjunctive; *nevocarcinoame*, tumori pigmentate, care reprezintă transformarea canceroasă a unor tumori în marea majoritate a cazurilor benigne și anume a nevilor pigmentari. Sarcoamele cutanate sînt tumori ale țesutului conjunctiv, țesut de susținere, situat în partea mai profundă a pielii, în derm. Încep prin apariția unor noduli profunzi, care cresc repede, devin tumori voluminoase, se ulcerează și, netratate, provoacă distrugeri mari. Nevocarcinoamele sînt cancere care își au, cum s-a arătat, punctul de plecare în anumiți nevi sau alunițe de culoare brună, care în mod obișnuit există de la naștere și care pînă atunci nu prezentaseră nici o tendință la creștere. La un moment dat, din cauze necunoscute, încă, nevul „intră în agitație" adică începe să crească repede, înconjurat de o zonă roșie inflamatoare și se poate ulcera. Este semnalul de alarmă asupra transformării sale canceroase. Bolnavii în această situație trebuie să se prezinte imediat la medic pentru tratament; în caz contrar, această formă de cancer se dezvoltă foarte rapid și dă numeroase însămînțări în alte regiuni. Cauzele apariției cancerelor pielii sînt încă necunoscute. De multe ori, astfel de tumori apar pe locuri supuse unei frecări sau apăsări îndelungate (cancerul buzei la fumătorii de pipă) sau după contactul repetat și prelungit cu anumite substanțe așanumite cancerigene (cum ar fi de exemplu gudronul), dar cauza propriu-zisă, care provoacă la un moment dat celulele dintr-o regiune a pielii să se dezvolte în mod nestăvilit, anarhic, realizînd distrugerile arătate, nu se cunoaște

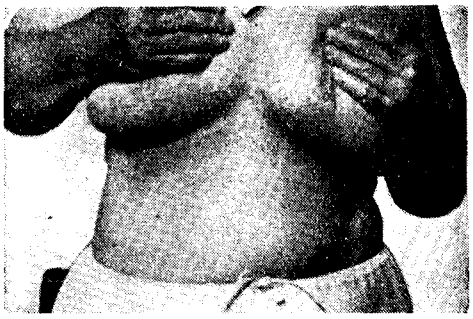


Epiteliom al feței (*ulcus rodens*).

încă. Tratamentul cancerelor pielii urmărește îndepărtarea cît mai precoce a tumorii prin intervenții chirurgicale, raze X sau alte iradiații (radiu, izotopi radioactivi). În unele cazuri, substanțele citostatice, cu acțiunea de a frîna înmulțirea nemăsurată a celulelor canceroase, pot da unele rezultate. Cu cît tumorile sînt mai vechi, cu atît tratamentul este mai puțin eficace; de aici reiese importanța prezentării la medic imediat după observarea pe piele a oricărei formațiuni tumorale cu tendință la creștere. Principiile pe care se sprijină lupta împotriva cancerului se bazează pe următoarele: protecția muncii, tratarea stărilor precanceroase, precocitatea diagnosticului și tratamentul timpuriu. Cel ce poate aduce cea mai valoroasă contribuție la lupta anticanceroasă este tocmai cel interesat: a) cel sănătos să se supună cu regularitate diferitelor examene prin care se realizează controlul periodic al sănătății; b) cel ce poartă o anumită leziune sau o anumită boală cronică să și-o îngrijească (cu concursul medicului) pînă la deplină vindecare; c) cel ce a fost diagnosticat ca purtător al unei leziuni canceroase

să se supună de îndată, cu deplină încredere, tratamentului indicat de specialişti. Şi să nu se uite: timpul joacă un rol de cea mai mare importanţă în cancer.

candidoze, îmbolnăviri ale pielii şi mucoaselor datorite unor ciuperci denumite levuri,



Intertrigo cu levuri.

Dermita celui de al treilea spaţiu interdigital.

dintre care cel mai frecvent întîlnite sînt cele din grupul *Candida*. Candidozele pot fi localizate la anumite regiuni sau teritorii de pe piele şi mucoase, sau se pot extinde mult, cuprinzînd şi organele interne (plămîn, aparat digestiv), punînd uneori, în aceste din urmă cazuri, viaţa bolnavului în pericol. Pe piele, levurile din grupul *Candida* preferă regiunile de pliuri, unde căldura şi umezeala le favorizează dezvoltarea. Astfel, la subsuori, sub sîni, la inghine, între degetele de la picioare pot apărea mici băşicuţe, care se rup cu uşurinţă, dînd naştere la suprafeţe zemuinde cu plesnituri, de pe care pielea macerată se dezlipeşte cu uşurinţă în fîşii mici albicioase (vezi şi intertrigo). Pe mucoase (în gură, regiunea genitală la femeie), se pot forma plăci albe de diferite dimensiuni, constituite din filamentele ciupercii, acoperind o zonă roşie, presărată cu eroziuni şi plesnituri (mărgăritărel). În colţurile gurii se poate forma o plesnitură adîncă, dureroasă, cu mucoasa macerată, dezlipită, denumită zăbăluţă. Leziunile arătate rămîn de cele mai multe ori localizate, fiind destul de rezistente la tratament şi recidivînd cu uşurinţă. În unele cazuri însă, mai ales la persoane debilitate, suferind de tuberculoză pulmonară, sau alteori după tratamente prelungite cu antibiotice (penicilină, streptomicină, aureomicină etc.), infecţiile cu *Candida* cuprind organe interne, ca plămînul, esofagul, intestinele etc., unde dau leziuni asemănătoare, care, prin localizarea lor, pot pune viaţa bolnavului în pericol. Tratamentul îmbolnăvirilor cu *Candida* se face prin badijonări cu soluţii antiseptice sau cu un antibiotic descoperit de curînd, care are o acţiune specifică şi foarte puternică, micostatina, în aplicaţii locale sau pe cale bucală.

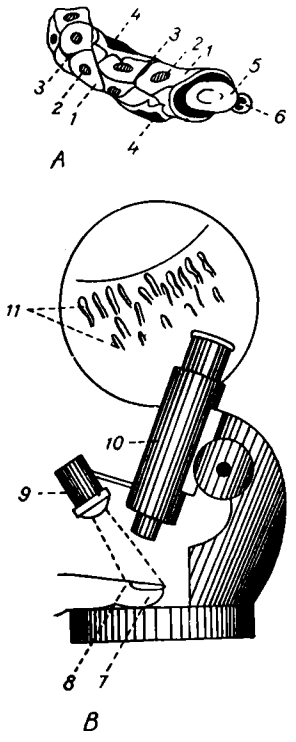
Cantacuzino Ioan (1863—1934), microbiolog, imunolog şi organizator sanitar romîn. După ce obţinuse licenţele în ştiinţe naturale şi în filozofie, s-a consacrat studiului medicinei. Întîlnirea cu marele fiziopatolog şi imunolog Ilia Mecinikov a fost hotărîtoare pentru orientarea ştiinţifică a lui Cantacuzino, care a început să cerceteze temeinic fenomenele de apărare contra infecţiilor pe întreaga scară animală, de la nevertebrate şi pînă la om. A lucrat un timp

Ioan Cantacuzino

în laboratorul lui Mecinikov de la Institutul „Pasteur" din Paris, după care i s-a încredinţat Catedra de medicină experimentală de la Facultatea de medicină din Bucureşti. În jurul lui Cantacuzino s-au grupat unii din cei mai valoroşi tineri medici romîni, care au deprins

de la maestrul lor strădania încadrării fiecărui fapt de observaţie într-o concepţie largă materialistă şi evoluţionistă asupra esenţei fenomenelor biologice. Cantacuzino a condus în 1913 campania de vaccinare împotriva holerei, cunoscută în istoria epidemiologiei mondiale ca „marea experienţă românească". A efectuat cercetări remarcabile şi în domeniul scarlatinei, tuberculozei şi al altor boli. În 1910, ca director general al Serviciului sanitar al ţării, a făcut să se voteze o nouă lege sanitară, ale cărei dispoziţii progresiste au rămas însă, din nefericire, în mare măsură neaplicate, datorită indolenţei guvernanţilor burghezi. În tinereţe a avut legături cu mişcarea socialistă. În conferinţele ţinute la cluburile muncitoreşti arăta că numai într-o societate bazată pe dreptatea socială va fi posibilă combaterea eficace a tuberculozei şi a altor boli cu mare răspîndire. A fost un priceput colecţionar de artă şi un animator neobosit al vieţii artistice şi culturale din ţara noastră. Este întemeietorul institutului de seruri şi vaccinuri care îi poartă numele.

capilar, vas sanguin, capilar sanguin sau limfatic, capilar limfatic, cu diametrul cel mai mic dintre toate vasele din organism (8—15 microni). Are pereţi subţiri şi prin el sîngele curge cu viteză redusă, astfel încît la nivelul lui pot avea loc schimburile respiratorii şi nutritive dintre sînge şi ţesut (vezi circulaţia sîngelui). Peretele capilarului este format dintr-un singur strat de celule plate, între care există din loc în loc mici orificii prin care se poate comunica liber între interiorul şi exteriorul vasului. Aceste orificii sînt însă atît de mici, încît nu permit celulelor sîngelui să părăsească interiorul capilarului. Totuşi, uneori, în cazuri de infecţie, globulele albe pot străbate peretele capilar, fenomen numit *diapedeză*, şi se îndreaptă către focarul infectat. În jurul capilarului pot exista rare celule contractile, care pot modifica calibrul capilar. La om, aspectul vaselor capilare poate fi cercetat pe conjunctiva ochiului sau mai uşor la degetele de la mînă procedeu numit *capilaroscopie*. După ce se pică la baza unghiei (vezi bază) o picătură de ulei de cedru, care măreşte vizibilitatea cu o lupă ce măreşte de 80—100 de ori se pot urmări numărul, forma, conturul vaselor capilare, precum şi fluxul sîngelui. *Permeabilitate capilară*, capacitatea peretelui capilar de a lăsa să treacă în afara vasului elementele conţinute în sînge. Cînd permeabilitatea capilară este crescută, apa, substanţele minerale, proteinele sîngelui părăsesc în cantitate mare vasul şi se acumulează în ţesuturi, producînd o creştere de volum a regiunii respective (vezi edem). *Rezistenţă capilară*, capacitatea peretelui capilar de a rezista la creşterea presiunii sîngelui din vas sau la tracţiune exterioară. Cînd rezistenţa capilară este scăzută, în special pe piele se pot observa vînătăi ce apar la cele mai mici lovituri.



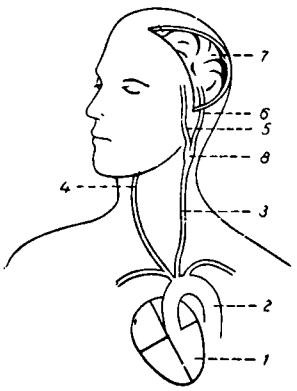
A — vas capilar (fragment) cu celule plate care alcătuiesc peretele capilar (*1*), la care se văd nucleul (*2*) şi orificiile intercelulare (*3*). Celule contractile pericapilare (*4*); globul roşu sanguin (*5*) şi alb (*6*); *B*: deget (*7*) cu zona unde se face capilaroscopia (*8*), cu ajutorul unei lumini puternice (*9*) şi al unei lupe (*10*). Imaginea observată la capilaroscopie arată ansele capilare (*11*) sub forma unor cîrlige cu vîrful îndreptat spre vîrful degetului.

carantină, izolarea şi supravegherea într-un anumit punct a persoanelor suspecte de a fi contaminate de o boală epidemică. În vechime carantina dura 40 de zile şi se extindea deseori şi asupra mărfurilor bănuite că ar transmite infecţia. Prima aplicare sistematică şi de durată a măsurilor carantinale s-a făcut la noi după pacea de la Adrianopol (1829), prin care Imperiul otoman a fost obligat să accepte instalarea pe malul românesc al Dunării a unor posturi de carantină păzite de ostaşi pămînteni. În felul acesta a fost stăvilită propagarea pe teritoriul nostru a epidemiilor de ciumă, care au continuat să facă ravagii în Bulgaria stăpînită de turci. O dată cu progresele realizate în imunologie şi epidemiologie, vechea carantină şi-a pierdut din însemnătate, lupta antiepidemică axîndu-se mai ales pe măsurile preventive bazate pe vaccinare şi dezinfecţie.

carie dentară, cea mai frecventă şi răspîndită boală a omului, deoarece circa 70—95% şi chiar 98% din oameni suferă de această boală. Este un proces destructiv, care produce necroza (moartea) ţesuturilor dentare, ajungînd uneori pînă la ţesutul pulpar (nervi şi vase sanguine) al dintelui. Dacă pericolul în ceea ce priveşte viaţa de cele mai multe ori nu există, această boală trebuie totuşi tratată cu toată

seriozitatea, căci poate duce la unele complicaţii, ca gangrenă pulmonară (vezi gangrenă), granulom şi o serie de alte tulburări la distanţă. Caria se explică printr-o serie de cauze: predispoziţie, alimente bogate în dulciuri, făinoase, igienă bucală defectuoasă etc. Nu se cunoaşte încă cu precizie adevărata cauză a cariei dentare sau poate că e o interdependenţă a unor serii de factori. Se pare că cei care se hrănesc cu alimente prea preparate, moi, care nu necesită o masticaţie puternică, capătă mai cu uşurinţă carii. Pentru a preveni apariţia cariilor s-au dat o serie de indicaţii încercîndu-se şi o serie de măsuri organizate. Astfel s-a recomandat ca mama să-şi administreze calciu şi în general săruri minerale, precum şi vitamina A, D, în perioada de sarcină; să mănînce multe fructe, salate, lapte. Tot ca măsură de profilaxie se va da copiilor pînă la 16—17 ani o alimentaţie adecvată, bazată pe calciu şi vitamine, se va asigura o bună funcţie digestivă, vor fi combătute bolile febrile care demineralizează. Fluorizarea este tot un mijloc de prevenire a cariei. Controlul dentar este necesar, pentru a se descoperi la timp cariile cînd sînt simple, deoarece se tratează uşor şi rapid. Complicaţiile cariei sînt: pulpita, care dă dureri foarte violente la contactul dintelui respectiv cu apă rece, caldă etc. şi gangrena. Caria simplă se tratează prin curăţirea cavităţii carioase şi astuparea ei, după o prealabilă dezinfectare, cu substanţe de obturaţii (plombe): amalgam, silicat etc.

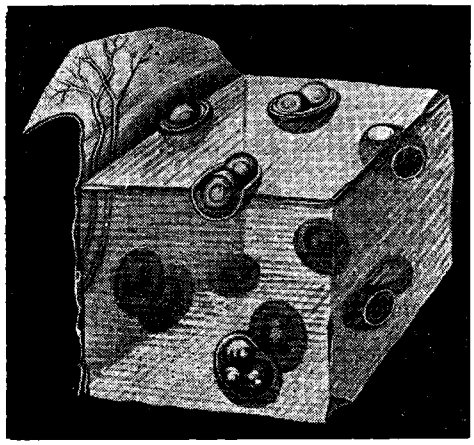
carotidă, arteră principală care conduce sîngele către cap situată cîte una de fiecare parte a gîtului. Este ramură a arterei aorte şi puţin



Artera carotidă: *1* — ventriculul stîng; *2* — acrta; *3, 4* — artera carotidă primitivă stîngă şi artera carotidă primitivă dreaptă ce se desfac în cîte două ramuri: carotida externă (*5*) şi carotida internă (*6*) ce merge spre creier (*7*). La locul de bifurcaţie există o regiune (*8*) mai umflată (sinus carotidian) bogat inervată (zonă reflexogenă sinocarotidiană).

sub nivelul bărbiei se bifurcă în: a) *artera carotidă externă*, ale cărei ramuri irigă pielea şi musculatura capului şi gîtului, precum şi glanda tiroidă, limba şi muşchii masticaţiei; b) *artera carotidă internă*, care asigură irigaţia creierului împreună cu o altă arteră mai mică, artera vertebrală. La locul de bifurcaţie a *carotidei primitive* în cele două ramuri există o regiune mai umflată (sinus carotidian) în care se găsesc numeroşi receptori nervoşi sensibili la modificările de presiune şi compoziţie a sîngelui şi care pe cale reflexă pot determina modificări vasomotorii (vezi circulaţia sîngelui).

cartilaj, ţesut format din celule speciale, (cartilaginoase) dispuse într-o substanţă inter-



Cartilaj hialin (secţiune schematică). Se văd celulele şi substanţa fundamentală.

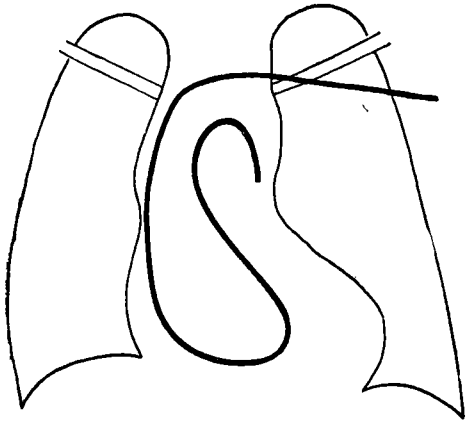
celulară numită condrină. *Cartilaj articular*, înveliş cartilaginos dur şi uşor elastic, de culoare alb-sidefie, cu rol de protecţie a capetelor osoase ce vin în contact într-o articulaţie. *Cartilaj de creştere*, zonă de ţesut cartilaginos situată între epifize şi diafiza oaselor lungi, la nivelul căreia ia naştere substanţa osoasă prin care osul creşte în lungime (vezi os). Asemenea cartilaje există la copii la toate oasele lungi şi pînă la vîrsta adultă dispar treptat, o dată cu încetarea creşterii în lungime a corpului în diferitele lui segmente.

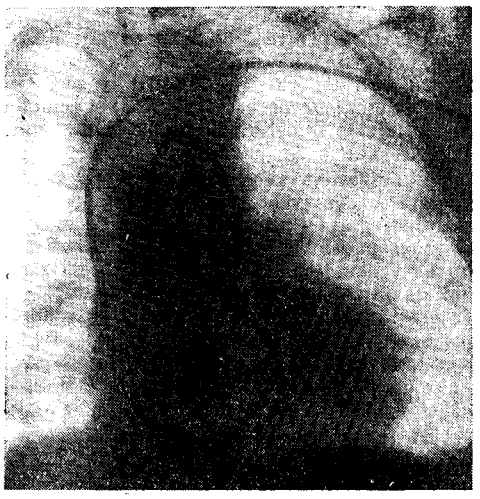
casa de educaţie sanitară, instituţie specializată în îndrumarea şi controlul activităţii de educaţie sanitară pe teritoriul unei regiuni administrative. Casa de educaţie sanitară dispune în acelaşi timp de mijloacele necesare pentru a desfăşura o activitate proprie, adresată direct publicului, prin conferinţe, lecţii, proiecţii de filme educativ-sanitare, expoziţii fixe şi mobile, tipărituri.

castrare, operaţie prin care se extirpă glandele genitale feminine sau masculine (ovarele sau testiculele). Funcţia acestor glande poate fi suprimată şi prin iradierea cu razele X. Castrarea la bărbat (orhidectomia) influenţează favorabil neoplasmul de prostată; castrarea la femei (ovariectomie) poate influenţa favorabil unele neoplasme mamare.

cataractă, opacifiere totală sau parţială a cristalinului (vezi ochi). Din cauza opacifierii cris-

talinului, razele de lumină nu mai pot pătrunde spre retină şi ochiul devine lipsit de vedere. Forma cea mai obişnuită de cataractă este cataracta senilă (de bătrîneţe), care se produce după vîrsta de 50 de ani. Ea se datoreşte unor tulburări de nutriţie a cristalinului. La început, cataracta se manifestă prin perceperea de puncte sau linii care se plimbă în faţa ochilor (senzaţie de muşte zburătoare), sau prin dublarea imaginilor (vezi diplopie). De multe ori se produce o ameliorare aparentă a vederii şi bolnavii de cataractă pot să citească fără a mai utiliza ochelari de presbiţie. Cu timpul însă, vederea scade treptat, pînă cînd nu se mai percepe de cît senzaţia de lumină. În această fază se observă o modificare de culoare a pupilei. Pupila, în

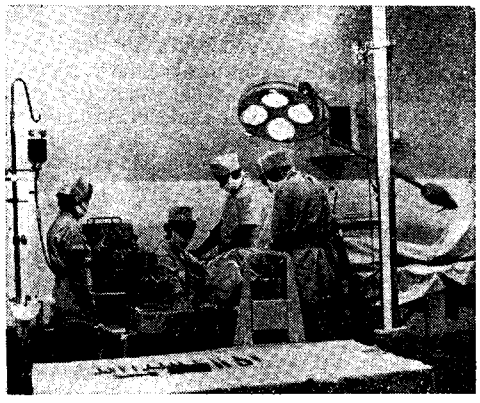




Cateterism cardiac. Sonda a pătruns pe rînd în: atriul drept, ventriculul drept, artera pulmonară.

loc să mai fie neagră, capătă o culoare albcenuşie. De aici şi denumirea de albeaţă sau perdea, care se întrebuinţează, în popor, pentru cataractă. Cînd toate structurile cristalinului au devenit opace, cataracta se numeşte matură. De obicei, tratamentul prin medicamente nu poate împiedica formarea cataractei. Cînd cataracta este matură se poate practica intervenţia chirurgicală, care constă în extragerea cristalinului opac din ochi. Lipsa cristalinului după operaţia de cataractă se numeşte afachie. Deoarece cristalinul posedă o putere de refracţie de 10 dioptrii, după operaţia de cataractă vederea poate fi clară numai dacă se poartă ochelari cu lentile convexe de 10 dioptrii. Scăderea treptată a vederii care se produce în cataractă se poate întîlni şi în glaucom. Din acest motiv, glaucomul poate fi confundat cu cataracta. Bolnavul, crezînd că are cataractă, nu ia nici o măsură pentru tratarea glaucomului, aşteptînd scăderea vederii, cînd cataracta va fi matură pentru operat. În această fază însă, glaucomul nu mai poate fi remediat prin nici o metodă şi bolnavul este condamnat orbirii. În afară de cataracta senilă mai există cataracta din naştere (congenitală), cataracta prin lovituri (traumatică), sau prin tulburări ale glandelor cu secreţie internă, prin diabet sau intoxicaţii. Cataractele profesionale produse prin raze infraroşii de la cuptoarele cu temperaturi peste 800° din turnătorii şi din fabricile de sticlă apar în primul rînd la acei muncitori care nu folosesc mijloacele de protecţie adecvate.

cateterism, introducerea unei sonde (cateter) pe un canal excretor sau pe un vas. Cateterism uretral: introducerea sondei pe uretră cu scopul



Se efectuează un cateterism cardiac

de a goli vezica în caz de retenţie de urină (cateterism evacuator) sau introducerea de bujii sau benicheuri cu scopul de a dilata stricturile uretrei (cateterism dilatator). Cateterism ureteral: introducerea sondei ureterale pe ureter pînă în bazinet, cu ajutorul cistoscopului, pentru a drena urina infectată din bazinet, sau pentru a diminua spasmul ureteral pe un calcul, pentru a dilata o strictură ureterală sau pentru a face o explorare radiologică (pielografie). Cateterism cardiac: introducerea unei sonde speciale într-o venă pînă în atriul şi ventriculul drept sau

printr-o arteră pînă în atriul şi ventriculul stîng. În general, orice canal poate fi explorat cu ajutorul unei sonde: canalele glandelor salivare, canalele hepatice, canalul lacrimal.

caustic, substanţă chimică care distruge ţesuturile atunci cînd vine în contact cu ele. Atît acizii tari (acid clorhidric, acid sulfuric), cît şi bazele puternice (soda caustică), cînd nu sînt corect mînuite şi vin în contact cu pielea, dau o senzaţie puternică de arsură, cu usturimi, dureri, provocînd răni adînci, greu vindecabile. Primul ajutor, pînă la venirea medicului, este spălarea regiunii interesate cu multă apă, în care este bine să se pună puţin bicarbonat pentru arsurile provocate de bază. În terapeutică, substanţele caustice sînt întrebuinţate pentru distrugerea ţesuturilor patologice din diferite boli, ca: lupusul tuberculos şi tuberculoza ulceroasă a mucoaselor, verucile de pe mîini, vegetaţiile veneriene. Se utilizează caustice mai slabe, ca: acidul lactic, acetic, cromic, azotatul de argint, rezorcina sau mai puternice: acidul azotic fumans, sulfuric, clorura de zinc. Unele se prescriu ca atare (acid azotic pentru cauterizarea verucilor), diluate în apă distilată (acid lactic pentru tuberculoza pielii) în paste sau unguente cu vaselină. Sînt conţinute în recipient care să ofere un grad adecvat de securitate (de exemplu, creionul nitrat de argint se livrează într-un tub de lemn). Se aplică exact pe locul indicat, atingerea pielii sănătoase din jur putînd da ulceraţii nedorite. Se păstrează ferite de accesul copiilor.

cauterizare, distrugerea ţesuturilor patologice, în scop terapeutic, cu ajutorul căldurii, frigului, substanţelor chimice sau al curenţilor electrici. Se utilizează: termocauterul, zăpada carbonică sau azotul lichid, acidul azotic, nitratul de argint, electro- sau diatermocoagularea. Toate au aproape acelaşi efect: producerea unei arsuri cu escară. Cauterizarea se foloseşte de obicei pentru distrugerea tumorilor (negi, condiloame, papiloame), în tratamentul ulceraţiilor fără tendinţă la cicatrizare, sau cu scop hemostatic.

cavernă, pierdere de substanţă în masa unui organ şi în special a plămînului, care rezultă dintr-o topire prin necroză a ţesutului; de regulă este provocată de bacilul tuberculozei, uneori şi de alţi microbi (abces pulmonar). Caverna este umplută cu o substanţă cazeoasă sau purulentă, înconjurată de un strat fibros şi comunică de cele mai multe ori cu o bronhie care îi asigură golirea. Prezenţa se confirmă radiografic sau tomografic şi arată ca un inel întunecat, care delimitează o zonă de claritate mărită în raport cu restul plămînului. Deoarece caverna constituie un rezervor periculos de germeni şi o ameninţare de complicaţii grave (hemoptizii masive, perforaţie în organele vecine), ea necesită internare în spital şi respectarea tratamentului prescris pînă la vindecarea deplină.

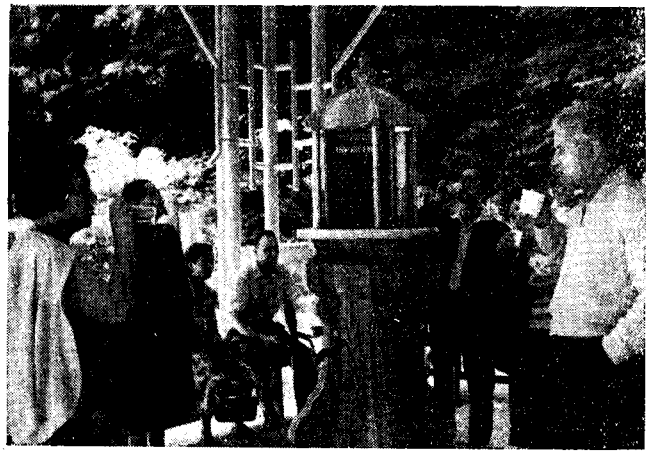
Călimăneşti-Căciulata, pe malul drept al Oltului, la distanţă de 20 km de Rîmnicu-Vîlcea se află staţiunea balneo-climaterică Călimăneşti-Căciulata a cărei faimă a trecut de mult graniţele ţării. Staţiunea este înconjurată de masive

Cură hidrominerală la Călimăneşti.

muntoase în al căror defileu pitoresc curge Oltul. Deşi altitudinea staţiunii este de 280 m, datorită acestor masive muntoase climatul local este subalpin. Numeroasele şi diversele izvoare de ape minerale au făcut ca staţiunea să fie indicată în foarte multe categorii de afecţiuni, astfel încît ea este recomandată în egală măsură pentru boli reumatismale şi urinare, pentru boli circulatorii şi digestive, pentru boli de nutriţie şi alergice etc. Cel mai cunoscut izvor este cel de la Căciulata care este slab mineralizat, uşor alcalin, sărat, sulfuros, calcic şi magnezian şi se prescrie în boli digestive şi urinare. Indicaţii asemănătoare au şi izvoarele de la Păuşa — de pe malul stîng al Oltului, care au şi o compoziţie chimică apropiată. Izvoarele Căciulata şi Păuşa nu se recomandă în hipertensiune arterială mare, boli de rinichi avansate, cu diureza scăzută, boli de prostată, cu retenţie urinară, pio- şi hidronefroze. Deoarece izvoarele Căciulata şi Păuşa sînt la o oarecare distanţă de centrul oraşului Călimăneşti, pentru cei care nu pot face acest drum, există posibilitatea de a le consuma transportate la Sanatoriul central din Călimăneşti. Celelalte izvoare care se află chiar în Călimăneşti sînt: Izvorul nr.6 — concentrat, sărat, sulfuros, iodurat, indicat în constipaţie şi boli hepato-biliare; Izvorul nr. 7 — slab mineralizat, sulfuros (Puturosul), care poate folosi şi ca apă potabilă. Izvorul nr. 8 — sărat, sulfuros, iodurat, indicat în afecţiuni digestive, precum şi încă alte izvoare care se folosesc în cura externă în boli locomotorii, circulatorii, ginecologice etc. În staţiunea Călimăneşti mai

pot fi tratate boli de nutriție și intoxicațiile cronice profesionale, pentru care există un sanatoriu specializat. Din Călimănești se pot face plimbări și excursii la Mînăstirea Cozia (3 km), Turnul (7 km), Valea Lotrului, apoi la Curtea de Argeș, etc.

Călirea organismului, ansamblu de procedee igienice care servesc la întărirea capacității organismului de a se adapta la modificările bruște ale temperaturii și umidității aerului. Oamenii călîți din punct de vedere fizic au o sănătate mai robustă, rezistă mai bine la răceli și la bolile infecțioase. Călirea organismului se obține prin utilizarea rațională a următorilor trei factori naturali ai mediului înconjurător: aerul, soarele și apa. a) *Călirea prin aer* se face prin practicarea băilor de aer, adică prin expunerea corpului dezgolit la acțiunea aerului curat și răcoros. Primele băi de aer se fac în camera bine aerisită, cu prilejul gimnasticii de dimineață, și durează 10—15 minute. La început, temperatura aerului nu trebuie să fie mai coborîtă de 20°. După obișnuirea organismului, se poate trece la baia de aer afară, pe balcon sau în grădină, într-un loc ferit de vînt și umbrit, mărind treptat durata pînă la 1-2 ore. În cazul cînd aerul este prea rece, se întrerupe baia la apariția primelor semne de frig (frison, „piele de gîscă") și se iau măsuri de încălzire a corpului. Un procedeu valoros de călire prin aer este obișnuința de a dormi cu fereastra sau oberlihtul deschise toată noaptea, chiar și în sezonul rece. Dar și această obișnuință trebuie dobîndită treptat, avînd grijă de a înveli corpul cu o plapumă destul de călduroasă. b) *Călirea prin soare* se datorește acțiunii binefăcătoare a luminii solare și în special a razelor ultraviolete venite de la soare. Băile de soare trebuie făcute cu multă prudență, pentru a evita arsurile produse de absorbția în exces a razelor ultraviolete la nivelul pielii. În prima zi este recomandabil să nu se facă mai mult de trei expuneri la soare a cîte 5—6 minute fiecare, întrerupte prin pauze de ședere la umbră. În perioada următoare se adaugă la durata totală cîte 10—15 minute zilnic, de asemenea cu întreruperi la umbră și avînd grijă a expune în mod egal fața și spatele. În timpul expunerilor trebuie protejați ochii (prin ochelari de soare), capul și din cînd în cînd umerii, care sînt în orice poziție a corpului prima țintă a razelor solare. Folosirea uleiurilor și cremelor pentru evitarea arsurilor are o valoare relativă, principala măsură de prevenire rămînînd expunerea rațională. Se recomandă ca persoanele care urmează a-și petrece concediul de odihnă în locuri puternic însorite și în special pe litoral să-și pregătească corpul din vreme, prin efectuarea primelor băi de soare fie la strand, fie acasă pe terasă sau în curte. c) *Călirea prin apă* se



Călimănești — izvorul nr. 14.

obține în modul cel mai simplu prin obișnuința de a folosi apa rece zilnic, la toaleta de dimineață. Un alt procedeu util este fricționarea corpului — dimineața, după gimnastica de înviorare — cu un prosop înmuiat în apă la temperatura camerei. Băile reci, la strand, la rîu, lac sau la

O formă utilă de călire o constituie competițiile sportive de masă.

mare sînt un mijloc excelent de călire, deoarece realizează o îmbinare a acțiunii celor trei factori naturali cu mișcarea — de asemenea prețios factor de călire. d) *Călirea organismului copiilor* merită să stea permanent în atenția părinților,

deoarece tocmai în perioada de creştere factorii de călire acţionează cu cea mai mare eficienţă şi se obţine o solidă înarmare împotriva răcelilor şi a bolilor infecţioase ale copilăriei. Joaca în aer liber, practicarea jocurilor sportive şi a sportu-

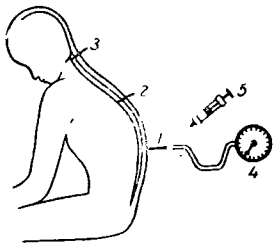
Aerul, un important factor de călire

rilor potrivite vîrstei — mai cu seamă înotul, patinajul, schiatul—sînt mijloace excelente de călire, de la care copilul nu trebuie oprit decît cînd există contraindicaţii formulate de medic. Un inamic al călirii este îmbrăcarea exagerată a copilului cu flanele, palton, fular, căciulă la o cît mai mică scădere a temperaturii. Înfofolirea este dăunătoare prin aceea că micşorează rezistenţa copilului la răceli şi măreşte receptivitatea la bolile infecţioase. e) *Legile călirii.* Călirea trebuie făcută sistematic, cu bună ştiinţă şi nu la întîmplare. Mijloacele de călire trebuie alese şi dozate potrivit cu particularităţile individuale, în special cînd este vorba de copii sau de persoane debilitate în urma vreunei boli. La călire se porneşte totdeauna cu prudenţă, de la puţin, intensificîndu-se treptat acţiunea factorilor aleşi. Pentru cei neobişnuiţi este preferabil ca utilizarea procedeelor de călire să înceapă o dată cu sosirea anotimpului călduros. Călirea, o dată începută, trebuie practicată fără întreruperi tot timpul anului.

cărbune (antrax, dalac), boală infecţioasă acută, comună omului şi animalelor. Agentul patogen este un bacii mare, care formează spori, identificat în sîngele animalelor care au pierit de antrax, de către Davaine şi Pasteur, în anul 1850; cultura pură de bacili a fost realizată în anul 1876 de R. Koch şi în anul 1877 de L. Pasteur. Sporii bacilului antraxului rezistă la fierbere timp de 5—10 minute; căldura uscată de 120—140° îi omoară numai după 2—3 ore; bacilii rezistă în pămînt timp îndelungat, iar în carnea uscată supravieţuiesc cîteva săptămîni; sărarea cărnii îi omoară abia după 1—1 1/2 lună. Sursa principală de infecţie în antrax o constituie animalele bolnave (vite cornute, cai, oi şi altele), care elimină agenţii patogeni o dată cu materiile fecale infectînd straturile superioare ale solului şi vegetaţia. Datorită rezistenţei microbului, păşunile infectate pot fi o sursă de infecţie pentru animale timp de mulţi ani. Îmbolnăvirea de antrax se observă cel mai frecvent la persoanele care vin în contact cu animalele bolnave sau cu produsele acestora infectate (crescătorii de vite, ciobanii, veterinarii, blănarii, muncitorii de la abatoare şi alţii). Infectarea omului se produce prin pielea lezată şi mult mai rar prin tubul digestiv (consumarea produselor provenite de la animalul bolnav, crude sau fierte insuficient) sau prin căile respiratorii, inspirînd aerul care conţine spori de antrax. Foarte rar, antraxul se poate transmite prin înţepătura insectelor. Au fost descrise cazuri de îmbolnăvire de antrax la persoanele care au folosit pămătuf nedezinfectat la bărbierit sau care au purtat scurte căptuşite cu blană nedezinfectată la prelucrarea ei. Îmbolnăvirile umane şi animale cresc în anotimpul călduros (iulie-septembrie). La om, antraxul se prezintă sub mai multe aspecte, în funcţie de calea de pătrundere a germenului: a) *extern* (cutanat 98—99% din cazuri); în această formă, incubaţia este de 2—3 zile (mai rar cîteva ore) sau 6—7 zile. La locul de pătrundere a microbului apare o pată roşie (maculă) de 2—4 mm, însoţită de un uşor prurit, care se transformă într-o veziculă cu lichid seros, tulbure sau sanguinolent. Vezicula se sparge repede, pe locul ei formîndu-se o crustă neagră. În jurul crustei apar noi vezicule, iar diametrul crustei creşte pînă la 6—9 cm. Localizarea se face în general pe faţă, gît şi alte părţi descoperite ale corpului. Frecvent, leziunile de mai sus sînt însoţite de un edem masiv nedureros. De obicei, localizarea este unică. Temperatura se ridică la 39—40°, însoţită de fenomene de intoxicaţie generală (dureri de cap, pierderea poftei de mîncare). După 5—6 zile, temperatura scade, edemul se micşorează, crusta cade, iar placa se cicatrizează treptat, de la periferie spre centru. După desprinderea crustei rămîne o cicatrice albă, elastică. Forma gravă a cărbunelui cutanat o constituie edemul malign; b) *intern* (pulmonar şi intestinal). *Forma pulmonară* evoluează extrem de rapid, cu temperatura ridicată şi fenomene de bronhopneumonie (spută sanguinolentă, respiraţie dificilă, dureri de torace). *Forma intestinală* prezintă simptome asemănătoare cu cele ale unei toxiinfecţii alimentare grave: greţuri, vărsături, dureri abdominale, scaun diareic, vărsături hemoragice sau constipaţie, abdomen balonat. Formele pulmonară şi intestinală sînt mai grave. *Profilaxie. Măsuri faţă de omul bolnav*: boala trebuie declarată obligatoriu. Bolnavul va fi izolat în spitalul de boli contagioase pînă la vindecarea clinică,

pentru formele pulmonare şi digestive, şi pînă la vindecarea leziunii cutanate, în caz de cărbune cutanat (20—30 de zile). Dezinfecţia obiectelor, rufăriei şi secreţiilor bolnavului cu formol 5%. *Măsuri faţă de suspecţi*: aceleaşi ca la cel bolnav, pînă la infirmare. *Măsuri faţă de sursele de infecţie*: combaterea bolii la animale; animalele bolnave de antrax vor fi declarate, izolate şi tratate, dacă au o formă uşoară, sau sacrificate, dacă au o formă gravă de boală, injectîndu-le stricnină. Se interzice metoda sîngerîndă, pentru a se evita răspîndirea germenilor pe sol. Transportul cadavrelor animalelor se va face în vehicule cu închidere etanşă, uşor de dezinfectat. Vor fi îngropate în gropi adînci de 2—2,5 m, acoperite cu var nestins. Este interzisă jupuirea cadavrelor. Staulele vor fi dezinfectate cu creozol, fenol sau formol 5%; furajele contaminate se ard, fîntînile se clorinează, iar animalele contacte se vor supraveghea medical şi se vor vaccina. Animalele moarte de cărbune trebuie trecute la capitolul „pierderi". De la aceste animale nu este voie să se recupereze absolut nimic: piei, păr, lînă, copite, coarne. Pericolul este prea mare. *Tratamentul* este în primul rînd antimicrobian (ser anticărbunos), iar în cazurile severe se asociează penicilină, tetraciclină, tonice vasculare periferice, vitamine A,B,C. *Tratamentul local*: în perioada inflamatorie se aplică antiseptice. *Crusta căzută va fi arsă.* Regim dietetic lactohidrocarbonat în perioada febrilă, iar în rest, regim complet.

cefalorahidian (lichid), **lichid** clar care se găseşte în cavităţile ventriculare ale creierului şi în canalul central al măduvei spinării, precum şi între foiţele care învelesc diversele părţi ale sistemului nervos central. Secretat de formaţiuni speciale din sistemul nervos, se compune în cea mai mare parte din apă

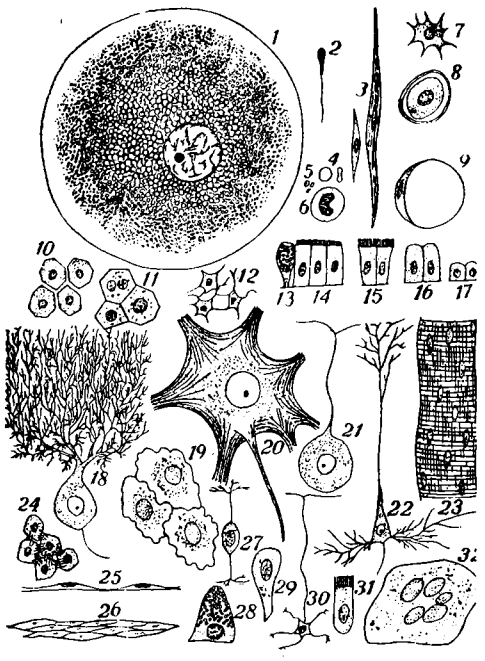


Prin punctie rahidiană în regiunea lombară (*1*) toracală (*2*) suboccipitală (*3*) se poate ajunge cu un ac în spaţiul dintre foiţele ce îmbracă măduva spinării şi cu un manometru (*4*) gradat în presiuni de ml apă sau o seringă (*5*) se poate măsura presiunea lichidului cefalorahidian, ori se introduce anesteziculnecesar

(98,5%), clorură de sodiu (0,7%), albumine, săruri alcaline şi urme de zahăr. În total, în toate spaţiile amintite ale sistemului nervos se găseşte o cantitate de aproximativ 60 g lichid. La o presiune de circa 10—15 ml apă, unele boli pot modifica cantitatea şi presiunea lichidului cefalorahidian, precum şi compoziţia lui. Astfel, în infecţii ale meningelor, albumina poate creşte de 3 pînă la 10 ori. În infecţii meningoencefalice, în lichidul cefalorahidian pot fi găsite globule albe, globule roşii şi microbi. Pentru analiza lichidului cefalorahidian este utilizat un manometru care ataşat la un ac special poate măsura presiunea lichidului cefalorahidian, permiţînd totodată extragerea unor cantităţi de lichid necesare analizei compoziţiei lichidului. În intervenţiile chirurgicale în care se practică *anestezia rahidiană*, substanţa anesteziantă (novocaina) este introdusă în lichidul cefalorahidian cu ajutorul unui ac special şi dizolvîndu-se în acesta ajunge în contact cu substanţa nervoasă, realizînd anestezia dorită. Tot în lichidul cefalorahidian pot fi injectate antibiotice în caz de inflamaţii puternice ale sistemului nervos.

Celsus Aulus Cornelius (sec. I. î.e.n. — sec. I e.n.), scriitor roman, care, deşi nu a fost medic, ne-a lăsat cel mai cuprinzător tratat medical în limba latină, fragment dintr-o lucrare enciclopedică în mare parte pierdută. Tratatul lui Celsus se remarcă prin claritate, sistematizare, concizie şi spirit de observaţie.

celulă, forma cea mai simplă de organizare a materiei vii, corespunzînd elementului structural de bază al tuturor ţesuturilor, organelor şi organismelor animale şi vegetale. O celulă este constituită schematic dintr-o *membrană* celulară, o substanţă intracelulară numită *protoplasmă* sau *citoplasmă*, în mijlocul căreia se găseşte un *nucleu* bogat în cromatină şi conţinînd formaţiuni importante pentru transmiterea caracterelor ereditare numite *cromozomi*. Compoziţia celulei cuprinde *apă* (50—90%), în care se găsesc dizolvate diverse *elemente minerale, substanţe organice*, cum sînt proteinele, grăsimile şi glucidele. Substanţele amintite se găsesc în proporţii diferite în membrană, protoplasmă şi nucleu. Înmulţirea celulelor se face fie prin *diviziune directă*, fie prin forma de *diviziune indirectă*, care în organismul uman reprezintă modalitatea de înmulţire a aproape tuturor celulelor. Diviziunea indirectă se face prin modificări importante de structură intimă a nucleului şi protoplasmei. În organism există multe feluri de celule. Unele sînt libere (globulele albe şi roşii din sînge), dar cele mai multe sînt celule fixe, în cadrul diferitelor ţesuturi. Forma celulelor este variată. Celulele libere sînt rotunde sau globuloase (sferice). Celulele fixe au formă cubică, prismatică, poliedrică, piramidală, cilindrică. Structura celulelor corespunde şi funcţiilor pentru care sînt specializate. Astfel, celulele nervoase (neuronii) sînt specializate în recepţia şi transmiterea impulsurilor nervoase; celulele musculare efectuează contracţii ample şi puternice; celulele retinei sînt sensibile la lumină, celulele renale efectuează filtrarea şi resorbţia apei şi a unor substanţe minerale, formînd

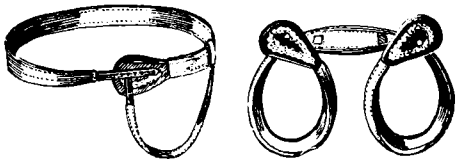


Diferite tipuri de celule din corpul omenesc: *1* — ovul; *2* — spermatozoid; *3* — celule musculare netede; *4* — globule roşii; *5* — plăcuţe sanguine; *6* — leucocit mononuclear; *7* — celulă osoasă; *8* — celulă cartilaginoasă; *9* — celulă adipoasă; *10* — celule din cornee; *11* — celule hepatice; *12* — celule conjunctive; *13* — celulă mucoasă; *14* — celule intestinale; *15* — celule cu cili vibratili; *16* — celule prismatice; *17* — celule cubice; *18* — celulă nervoasă din cerebel; *19* — celulă epitelială turtită; *20* — celulă nervoasă multipolară; *21* — celulă nervoasă unipolară; *22* — celulă nervoasă piramidală; *23* — fibră musculară striată; *24* — celule din piele; *25* — celule endoteliale; *26* — celule turtite suprapuse; *27* — celulă nervoasă bipolară; *28* — celulă glandulară; *29* — celulă vezicală; *30* — celulă din cerebel; *31* — celulă auditivă; *32* — celulă din măduva osoasă

urina. Nutriţia celulei se face prin schimb de substanţe între protoplasmă şi lichidele intercelulare (interstiţiale). Din sînge, oxigenul şi diferite substanţe nutritive, hormoni, vitamine etc., trec în spaţiile intercelulare — interstiţii — iar de aici, prin membrana celulară, ajung în celulă, unde sînt antrenate în prefacerile interne ale celulei (vezi asimilaţie şi metabolism). Rezultantele metabolismului celular sînt fie a) *substanţe specifice* (secreţii cu rol bine definit în funcţionarea organismului, ca de exemplu bila secretată de celulele hepatice), fie b) *deşeuri metabolice*, care trec din protoplasmă, în spaţiile intercelulare, iar de aici în limfă şi sînge, pentru a fi eliminate prin organele de excreţie ale corpului. Mobilitatea celulelor este prezentă la o serie de celule libere şi se manifestă fie prin migraţia acestor celule printre alte celule din corp, fie prin mişcarea lor independentă în sînge. Deplasarea celulelor libere se face prin emiterea de pseudopode (false picioare) prin care ele se fixează şi îşi fac loc printre alte celule într-o anumită direcţie (vezi şi diapedeză). *Patologie celulară*, concepţie conform căreia orice proces patologic din organism este o sumă de alterări celulare. Această concepţie s-a dovedit incompletă şi inexactă, întrucît organismul întreg reprezintă nu numai o colonie de celule diferite, ci este un ansamblu structural cu funcţii unitare.

centrul de recoltare a sîngelui, instituţie care recoltează sînge de la donatori şi trimite sînge conservat spitalelor, în vederea asigurării lor permanente cu acest „medicament viu" care constituie deseori singurul mijloc de salvare a vieţii unor bolnavi aflaţi în primejdie. Centrele de recoltare prepară şi derivate de sînge — plasmă uscată, masă eritrocitară, pelicule sau bureţi de fibrină, γ-globulină şi multe altele — larg folosite azi în tratamentul unui mare număr de boli. În centrele mari de recoltare a sîngelui se efectuează cercetări ştiinţifice şi se pregăteşte personal specializat pentru punctele de transfuzii din spitale.

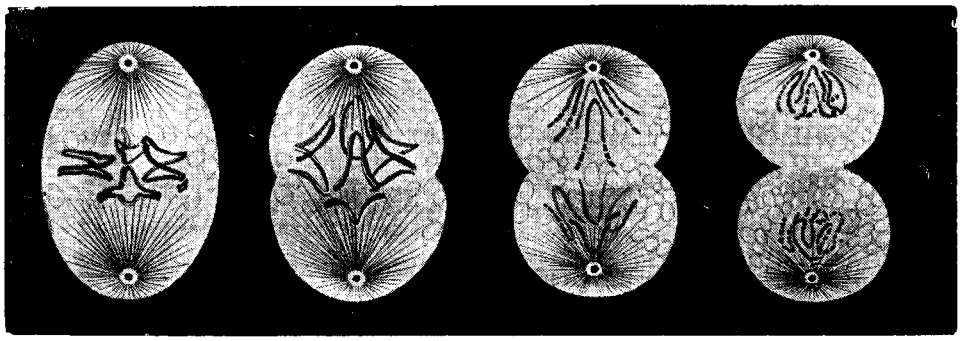
centură medicală, aparat destinat a susţine pereţii abdominali relaxaţi şi a împiedica organele abdominale să se deplaseze în jos. Mai frecvent se utilizează centura abdominală în următoarele cazuri: în ptozele viscerelor (stomac, colon, rinichi); în eventraţii postoperatorii, după operaţii pe abdomen; pentru a preveni eventraţiile la persoanele grase cu musculatura abdominală sub tensiune; în sarcină, pentru a susţine musculatura abdominală şi a menţine fătul în poziţie bună. Se confecţionează din diferite materiale, este elastică şi trebuie făcută după măsură pentru a se mula bine pe abdomen. Cînd se întrebuinţează contra ptozei viscerale, trebuie pusă stînd în poziţie culcată. Centura



Centuri herniare

hipogastrică, care exercită presiune numai în hipogastru, este mai puţin utilizată.

certificat medical, singurul act legal care constituie dovada întreruperii muncii profesionale pentru motive medicale şi justifică acordarea ajutoarelor băneşti în cadrul asigurărilor sociale de stat. Certificatul medical se acordă pentru: incapacitatea temporară de muncă în caz de boală sau accident; transferarea în altă muncă sau reducerea programului de lucru din cauză de boală sau accident; trimiterea la tratament balneo-climateric; carantină; sarcină şi lăuzie; îngrijirea copilului bolnav pînă la vîrsta de doi ani. Certificatul medical se eliberează salariatului de unitatea medicală (cu cel puţin un medic) a întreprin-



Diferite faze succesive ale diviziunii celulare indirecte

derii sau instituției în care el lucrează sau — dacă la locul de muncă nu există unitate medicală — de circumscripția sanitară teritorială de domiciliu, pe o durată de 1—7 zile, o dată sau în două etape. Prelungirea concediului se acordă de medicul specialist de la policlinică (pe 1—8 zile), de medicul primar a policlinicii (pînă la un total de 90 de zile) și prin serviciul de expertiză medicală a capacității de muncă (pînă la un total de 180 zile). Dacă situația bolnavului necesită depășirea termenului de 180 de zile, se fac formele de pensionare provizorie, prin serviciul de expertiză medicală a capacității de muncă, pe o perioadă de 6 luni, după care el va fi reexaminat. În tuberculoză, termenul pentru care se acordă concediul de boală este mai lung: un an în tuberculoza pulmonară și un an și jumătate în tuberculoza extrapulmonară, socotind totalul zilelor de concediu acordate pe ultimii doi ani. Certificatele medicale, în aceste cazuri de boală, se eliberează de unitatea antituberculoasă teritorială. Concediul de maternitate însumează 112 zile (52 de zile concediul de sarcină și 60 de zile concediul de lăuzie) și se acordă de medicul specialist obstetrician-ginecolog sau de maternitate (concediul de lăuzie). În anumite cazuri speciale, acest concediu poate fi prelungit. Concediul de carantină se acordă salariatului care a venit în contact cu un bolnav contagios și care trebuie să întrerupă lucrul, la indicația medicului epidemiolog (sau a medicului de circumscripție rurală) pentru a nu răspîndi infecția. Pentru îngrijirea copilului bolnav pînă la vîrsta de doi ani se acordă un concediu medical pînă la maximum 7 zile; dacă boala durează mai mult se recomandă internarea copilului în spital.

Certificatul medical nu se acordă retroactiv, de cît numai în cazuri bine justificate și nu pentru mai mult de 24 de ore.

cervicită (metrită cervicală), inflamația colului uterin. Se manifestă prin leucoree abundentă, uneori de aspect vîscos, alteori muco-purulent, datorită infectării glandelor colului uterin. Durerile sînt abundente sau foarte discrete. La examenul cu valvele se constată fie o eroziune simplă de culoare roșiatică în jurul orificiului colului uterin, fie o adevărată rană care sîngerează ușor. Deoarece atît tuberculoza colului uterin, cît și cancerul se manifestă sub aspecte asemănătoare, orice metrită cervicală trebuie examinată cu atenție, cu colposcopul, iar în cazuri dubioase, se va face o biopsie din col pentru precizarea diagnosticului de metrită cervicală. Acesta o dată precizat, trebuie instituit *tratamentul* adecvat, care constă în aplicarea de ovule și pansamente pe col, iar dacă nu se obține vindecarea, este necesară diatermocoagularea, adică distrugerea, cu ajutorul curenților electrici de înaltă frecvență, a mucoasei bolnave, ceea ce permite regenerarea unei mucoase noi, sănătoase. Intervenția este

absolut nedureroasă şi fără riscuri de complicaţii. În anumite cazuri este necesar tratamentul chirurgical, care constă în extirparea colului uterin. Apariţia cervicitelor este favorizată de dilatarea repetată a colului uterin, pentru chiuretaje, de întrebuinţarea substanţelor iritante pentru spălături vaginale şi de micile rupturi de col survenite în timpul naşterii. Deoarece cervicita în unele cazuri se poate maligniza, iar în altele se poate confunda cu un cancer de col este absolut necesar ca orice femeie să se prezinte periodic la examenele ginecologice pentru ca această afecţiune să poată fi depistată şi tratată la timp.

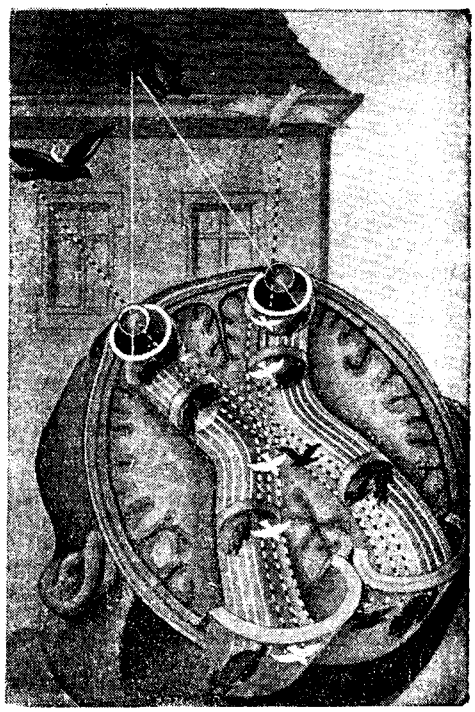
cetazolin, soluţie detergentă şi antiseptică. Se utilizează numai extern după diluare 10% în apă (un flacon la 900 ml apă) pentru dezinfecţia pielii. Este indicat în dezinfecţia mîinilor, a pielii din jurul plăgilor, în otite supurate. Nu se va folosi săpun înainte sau după utilizarea cetazolinului, pentru a nu-i anula efectul.

cezariană (operaţia), intervenţie chirurgicală care constă în secţionarea abdomenului şi uterului gravid în scopul de a scoate fătul, atunci cînd naşterea pe căi naturale nu este posibilă. Este o operaţie care se practică de multă vreme, însă care odinioară se solda cu moartea mamei. Cuvîntul „cezariană" vine de la numele împăratului roman Caius Iulius Caesar, care a fost adus pe lume în acest mod, cu preţul vieţii mamei sale. O dată cu descoperirea asepsiei şi antisepsiei, a perfecţionării tehnicii chirurgicale şi a mijloacelor de anestezie, mortalitatea a fost foarte mult redusă. Cu toate acestea, operaţia cezariană nu este complet lipsită de riscuri, statisticile arătînd încă o mortalitate de 0,3—0,5% şi o morbiditate (complicaţii după operaţie) de 5—10%. Deoarece este greşită credinţa că naşterea spontană poate fi înlocuită cu succes prin operaţia cezariană, această intervenţie se face numai cînd, din anumite cauze, ca bazine viciate şi strîmte, făt aşezat transversal, hemoragii prin placenta *praevia* sau tulburări în desfăşurarea naşterii medicul consideră că este nevoie de intervenţie chirurgicală pentru a salva viaţa copilului şi uneori chiar a mamei. Se recomandă ca după operaţia cezariană femeia să nu mai rămînă gravidă cel puţin 2 ani, pentru că atît eventualele întreruperi de sarcină prin chiuretaj uterin, cît şi naşterile se pot solda cu complicaţii (ruperi de uter, hemoragii).

chalazion, inflamaţia cronică a glandelor Meibomius din pleoapă. Se prezintă sub forma unei ridicături avînd mărimea unui bob de cînepă, pînă la aceea a unui sîmbure de cireaşă, situată sub pielea pleoapei. Conjunctiva pleoapei este roşie-gălbuie în zona corespunzătoare chalazionului. Evoluţia este lentă, de cîteva săptămîni. Uneori poate să regreseze spontan. Apariţia bolii poate să fie favorizată prin efortul vizual la persoanele care au defecte de refracţie. Tratamentul cel mai eficace este înlăturarea chalazionului printr-o mică intervenţie chirurgicală, care se efectuează de obicei prin interior sub pleoapă.

Charcot Jean-Martin (1825—1893), neurolog şi psihiatru francez, celebru prin cercetările sale asupra anatomiei patologice şi a mecanismului de producere a numeroase afecţiuni ale sistemului nervos central şi periferic. Studiile sale asupra isteriei şi a altor nevroze au avut un deosebit răsunet. Lecţiile lui Charcot de la Ospiciul Salpêtrière din Paris, însoţite de prezentări de cazuri, erau urmărite nu numai de studenţi, dar şi de intelectualii preocupaţi de problemele psihologiei şi psihiatriei. Printre elevii săi se numără şi Gh. Marinescu, marele neurolog romîn.

chiasma optică, încrucişarea căilor nervoase care transmit impulsurile luminoase de la retină (vezi ochi) către zona corticală occipitală a creierului mare. Este situată la baza creierului puţin deasupra fundului orbitelor, în vecinătatea glandei hipofize şi a unor vase importante. Este o zonă deosebit de importantă pentru funcţia vizuală, deoarece prin ea se asigură vederea în spaţiu (stereoscopie) şi coordonarea activităţii vizuale a ambilor ochi. Lezarea căilor nervoase înaintea chiasmei



Chiasma optică.

optice (între aceasta şi globii oculari), la nivelul chiasmei optice, sau după aceasta (între chiasmă şi centrii nervoşi) poate duce la tulburări de vedere caracteristice.

chimioprofilaxie, profilaxia bolilor cu ajutorul substanţelor chimice. De exemplu: pro-

filaxia tusei convulsive cu cloramfenicol sau hidrazidă, a malariei cu chinină. Poate fi: a) individuală, de scurtă durată (în boli venerice), de durată medie (infecţii chirurgicale, naşteri, lăuzie) şi de lungă durată (reumatismul poliarticular acut); b) în masă (colectivităţi în care au apărut cazuri de boli) pentru sterilizarea contacţilor. Ea este temporară în mediul epidemic şi pentru specii care nu dezvoltă chimiorezistenţă. De exemplu: difteria, cu penicilină sau eritromicină; dizenteria bacilară, cu sulfamide; scarlatina, cu penicilină *per os* sau intramuscular.

chimiorezistenţă, rezistenţă la chimioterapice. Rezistenţa poate fi: a) cîştigată de unele specii microbiene (stafilococ, bacil Koch, bacil coli, proteu, piocianic); b) încrucişată faţă de antibioticele înrudite ca origine (între aureomicină, tetraciclină şi teramicină, faţă de bacilii gram-pozitivi; între cloromicetină, aureomicină, teramicină pentru enterobacterii). Asocierea de antibiotice şi mai ales pentru tuberculostatice întîrzie sau suprimă rezistenţa microbiană. Apariţia rezistenţei microbiene este în funcţie de: a) antibiotice; b) germeni; c) localizarea leziunii în organism. Apariţia rezistenţei mai este în strînsă legătură şi cu extinderea utilizării incorecte a antibioticelor. Pentru cercetarea şi înlăturarea chimiorezistenţei se practică antibiograma înainte de aplicarea chimioterapiei.

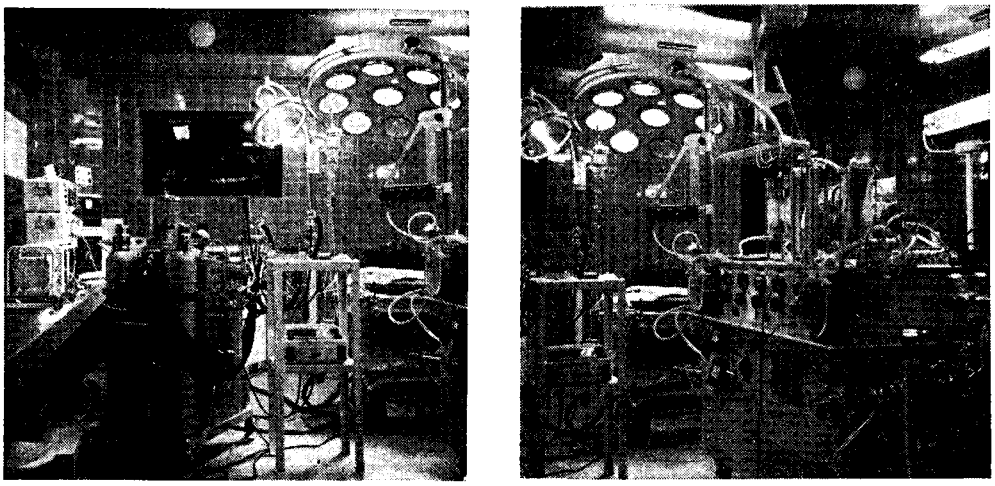
chimioterapic, substanţă produsă prin sinteză chimică, cu acţiune de împiedicare a multiplicării unor bacterii (bacteriostază). Sulfamidele sînt primele substanţe cu acţiune antimicrobiană utilizate în medicină în 1935. Se administrează în general pe gură, dar se pot injecta şi intramuscular, intravenos. Spectrul de acţiune cuprinde coci (pneumococ, meningococ mai ales), bacili (dizenteric, coli, pestos, morvos). Se utilizează în tratamentul meningitelor purulente, în unele infecţii urinare, în pneumopatii acute, în infecţii intestinale, de cele mai multe ori asociate cu alte antibiotice. Sînt multe sulfamide, diferite după formula lor chimică, şi după spectrul lor bacteriostatic. Cele mai utilizate sînt: sulfatiazolul, sulfadiazina, sulfamerazina, ftalilsulfatiazolul (talazolul cu absorbţie digestivă redusă, folosit in infecţii intestinale), sulfona (folosită în tratamentul leprei), sulfisoxazolul (foarte solubil în urină, deci folosit în infecţii urinare) şi altele. În administrarea sulfamidelor trebuie ţinut seama de sensibilitatea germenului respectiv, cît şi de eventualele incidente ce se pot ivi, în special depunerea de cristale de sulfamidă în rinichi (pentru a se împiedica aceasta, bolnavul tratat trebuie să bea o cantitate mai mare de lichide). Acţiunea bacteriostatică a sulfamidelor se exercită numai în faza de diviziune a bacteriilor, substituindu-se acidului paraaminobenzoic, substanţă care reprezintă un factor esenţial de creştere pentru bacterii. Alte chimioterapice sînt: acidul paraaminosalicilic (PAS), hidrazida acidului izonicotinic (H.I.N.), cu acţiune bacteriostatică asupra bacilului Koch, utilizate în tratamentul tuberculozei; tiosemicarbazona (TB_1), tot cu acţiune antituberculoasă, utilizată azi mai puţin din cauza toxicităţii mari (tebemicin romînesc); nitrofuranul, cu acţiune bună asupra unor bacili (coli, dizenteric, tific), utilizat în unele infecţii urinare, în dizenterii (prin clisme medicamentoase), în osteite tifice (local după operaţie). A fost utilizat la noi în ţară de prof. M. Balş în febra tifoidă, cu succes înainte de apariţia cloramfenicolului.

chirurgie, ramură a medicinei care, pentru vindecarea bolnavului, foloseşte intervenţia operatorie, fie că prin aceasta scoate în parte sau în întregime organul bolnav, fie că-l repară sau îl înlocuieşte. La început, chirurgia era empirică şi se sprijinea pe observarea clinică, fiind lipsită de o bază ştiinţifică. Prima orientare ştiinţifică a chirurgiei începe cu studiul anatomiei; este etapa anatomică, care s-a întins pînă la începutul secolului al XX-lea. La noi în ţară, figuri reprezentative ale anatomiei chirurgicale au fost Toma Ionescu şi Ernest Juvara. Spre sfîrşitul secolului al XX-lea, sub influenţa orientării biochimice în medicină s-au studiat reacţiile biochimice care se produc la omul bolnav înainte şi după operaţie. Chirurgia modernă, sprijinită temeinic pe anatomie, se orientează spre o bază fiziologică, sprijinindu-se pe învăţătura lui

Sală de operaţie.

I.P. Pavlov, care arată că îmbolnăvirea este rezultatul unor excitaţii neobişnuite ale receptorilor organismului produsă de factorii mediului înconjurător, dar în acelaşi timp cuprinde în sine şi mijloacele de vindecare sau compensare a leziunilor produse de boală. De aceea, chirurgia funcţională se bazează pe cunoaşterea mecanismelor fiziopatologice care produc îmbolnăvirea şi vindecarea organismului. Chirurgia are succese remarcabile, dar a rămas totuşi pe principiul exerezei. Chirurgia viitorului este chirurgia înlocuirii organelor bolnave şi a refacerii cît mai aproape de normal, a funcţiilor pierdute. Lucrările experimentale şi unele succese obţinute lasă să se întrevadă perspectivele acestei chirurgii. *Chirurgie plastică*, chirurgie care se ocupă cu operaţiile de refacere a formei şi funcţiei organelor prin înlocuirea defectelor cu ţesuturi vii, luate de la acelaşi bolnav sau de la altă persoană sau animal, precum şi cu materiale străine organismului (metale, mase plastice). Primele operaţii plastice s-au făcut cu 3 000 de ani î.e.n. şi se pare în Tibet, cu scopul de refacere a nasului. Astăzi se fac operaţii plastice la toate organele (piele, nas, cornee, nervi, rinichi, ureter, vezică, uretră, tub digestiv, inimă, artere), chirurgia plastică luînd o mare dezvoltare. Chirurgia plastică are şi scop estetic. La noi în ţară s-au creat secţii de chirurgie plastică în anumite servicii de chirurgie.

chist, tumoare benignă constituită dintr-un înveliş fibros căptuşit în interior cu epiteliu, cu conţinut în general lichid (chisturi seroase). Se pot dezvolta în orice organ al corpului. Sînt şi chisturi cu conţinut mucoid, cu sebum (chisturi sebacee) sau cu resturi embrionare (chisturi dermoide) mai frecvente la ovar şi testicul. Există şi chisturi parazitare, datorită teniei *echinococcus* (chisturi hidatice). Aceste tumori beneficiază de tratament chirurgical şi extirpate nu mai recidivează. Unele chisturi, în special cele de ovar, prezentînd un potenţial evolutiv malign, este bine să fie operate. *Chist hidatic* (echinococoză), boală parazitară a omului şi ierbivorelor, determinată de dezvoltarea în organism a larvei unui vierme numit *Taenia echinococcus*. Gazda definitivă a parazitului în formă adultă este cîinele şi mai rar alte animale (lup, vulpe, pisică). La acestea, viermele adult (care are 6 mm lungime) trăieşte în intestin. Ouăle sînt eliminate prin fecalele acestor animale în mediul extern. Gazda intermediară o formează de obicei animalele ierbivore care se infectează cu ouăle ce conţin embrioni, păscînd iarbă murdărită cu materii fecale. Embrionul ajuns în tubul digestiv al animalului trece prin peretele lui şi ajunge, de obicei, în ficat sau în alt organ, unde se fixează, se transformă în larvă, formînd chistul hidatic. Chistul hidatic este deci larva parazitului. El poate ajunge la dimensiuni mari, este ovalar, fiind format dintr-un înveliş extern de 1 mm grosime, conţinînd în interior un lichid transparent, ca apa de stîncă (lichid hidatic) şi o membrană germinativă, care formează vezicule; în interiorul chistului se formează aşanumitul nisip hidatic, care conţine un număr imens de larve. Consumînd organe de animal cu chist hidatic, cîinele ingerează şi larve, care în intestinul acestui animal dau naştere la forma adultă a parazitului. Omul poate fi accidental o gazdă intermediară dacă ingerează ouă cu embrioni eliminaţi prin materiile fecale de cîine cu *Taenia echinococus*. Acest lucru se întîmplă cînd cîinii trăiesc în contact strîns cu oamenii sau prin vehicularea ouălor eliminate de cîine, de către gîndaci, şoareci sau alimentele consumate de om. În om,



Instalaţie chirurgicală cu cord-plămîn artificial la Spitalul „Fundeni".

chistul hidatic se dezvoltă mai ales în ficat şi plămîn, dar orice organ poate fi atins. Simptomele sînt date mai ales de organul în care se dezvoltă chistul. De exemplu, la ficat apar dureri, se măreşte în volum. Uneori chistul se poate rupe şi larvele se răspîndesc, dînd naştere la alte localizări secundare. Diagnosticul este de multe ori greu de pus, utilizîndu-se metode multiple (radiologice, de laborator). Tratamentul constă în extirparea chirurgicală a chistului. Profilaxia se face mai ales prin împiedicarea contactului cu cîinii, de la care omul ia de obicei boala, distrugerea cîinilor vagabonzi şi tratarea cîinilor care au *Taenia echinococcus*. Viscerele de la ierbivorele cu chist hidatic nu vor fi date cîinilor pentru consum, ci vor fi distruse prin ardere. *Chist ovarian* tumoare benignă dezvoltată din ţesutul ovarian. După localizare, chistul poate fi unic, drept sau stîng, sau mai rar bilateral. După situaţie, chisturile pot fi mobile, cînd sînt legate de organele genitale interne printr-un pedicul cu un cordon, sau fixate, cînd se dezvoltă în grosimea ligamentului larg. Conţinutul lor, în două treimi din cazuri, este un lichid de consistenţă vîscoasă. Mărimea lui variază de la aceea a unui măr, pînă la aceea a unui cap de adult. S-au descris tumori care cîntăreau 15—20 kg. Alte chisturi de ovar au în conţinutul lor peri, unghii, dinţi, amestecaţi cu fragmente de piele şi lichid vîscos. Acestea sînt chisturi dermoide, care de obicei nu depăşesc mărimea unui pumn. Complicaţiile chistului sînt infectarea lui, torsionarea (răsucirea) în jurul pedicululuı şi fenomenele de compresiune pe organele abdominale vecine. Uneori se poate maligniza şi transforma în cancer ovarian. Deoarece simptomatologia chistului de ovar este destul de redusă, adesea diagnosticarea lui constituie o surpriză a examenului ginecologic. O dată diagnosticat, *tratamentul* chistului de ovar este numai chirurgical. Operaţia e în general uşoară şi lipsită de complicaţii constînd în extirparea chistului, conservîndu-se uterul, precum şi ovarul şi trompa de partea opusă.

I. Chist hidatic la partea superioară a plămînului stîng (radiografie).

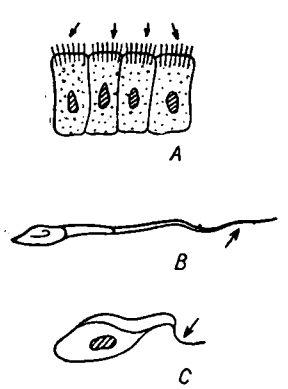
II. Chist hidatic într-un plămîn de bou.

cianoză, coloraţie albastră-vînătă a pielii şi mucoaselor (buze, conjunctive), determinată de scăderea cantităţii de oxigen din sîngele arterial de la 96 la 98% cît este valoarea normală a saturaţiei arteriale în oxigen, sub 90—85%. Cauzele principale de apariţie a cianozei sînt: a) *boli ale aparatului respirator*, care alterează trecerea oxigenului din plămîn în sînge; b) *boli ale aparatului cardio-vascular* în cadrul cărora circulaţia sanguină deficitară nu asigură preluarea de la plămîn a unei cantităţi suficiente de oxigen necesară metabolismelor tisulare; c) *boli de sînge* în cadrul cărora numărul de globule roşii este mult scăzut (anemie) sau cantitatea de hemoglobină din aceste globule este diminuată; d) *spasmul sau obliterarea unei artere* prin care sîngele oxigenat ajunge la ţesuturile dintr-o anumită regiune; e) *jenă în circulaţia de întoarcere venoasă* globală sau dintr-o anumită regiune. Indiferent de cauza care îi dă naştere, cianoza reprezintă un semn de agravare a

stării generale a organismului, care indică starea de anoxemie sau anoxie tisulară, în urma căruia pot apărea tulburări grave ale funcțiilor vitale și chiar moartea. Combaterea cianozei se face prin oxigenoterapie și tratarea afecțiunilor care i-au dat naștere. În unele boli congenitale sau anomalii ale circulației pulmonare (comunicare între cavitățile inimii, scleroza ramurilor arterei pulmonare), copilul are de la naștere o culoare albastră închis („boală albastră") sau negricioasă. Cu excepția unor cazuri operabile, asemenea afecțiuni congenitale împiedică o dezvoltare normală, iar copilul este pierdut în primii ani de viață.

cifoză, accentuarea curburii toracale a coloanei vertebrale. Această curbură are convexitatea dorsal. Cauzele cele mai frecvente sînt: rahitismul, poziția vicioasă, spondiloza. *Tratamentul preventiv* înlătură formarea ei: vitaminoterapie și helioterapie la copii, supravegherea ținutei la copii și adolescenți, gimnastică pentru tonificarea musculaturii extensoare a coloanei vertebrale. *Tratament curativ*: gimnastică medicală și odihnă pe pat tare.

cil, formațiune celulară cu aspectul de perișor (filament) situat pe suprafața liberă a unor celule. Asemenea cili se găsesc în celulele care căptușesc bronhiile, avînd rol important în evacuarea lentă a secrețiilor bronșice și a corpilor străini din căile respiratorii. Unele bacterii (trichomonas, giardia), precum și spermatozoizii, sînt prevăzuți cu o prelungire, numită *cil*, cu ajutorul căreia se pot deplasa autonom. În narine, în conductul auditiv extern, pe marginea pleoapelor se găsesc fire fine de păr, ce poartă numele de *cili* nazali, auriculari și palpebrali. Unele



Cili în diferite celule: *A* — celule din epiteliul bronșic; *B* — spermatozoid; *C* — bacterie intestinală (cilii sînt indicați cu săgeți)

celule din urechea internă sînt prevăzute cu cili, a căror excitație declanșează reflexe de orientare.

ciorap elastic, se întrebuințează în caz de varice, mai ales la femeile însărcinate, suplinind prin elasticitatea lui deficiența pereților venelor. Ciorapul elastic lasă libere degetele și călcîiul, lungimea lui fiind variabilă, după întinderea varicelor, pînă în partea inferioară sau superioară a coapsei. Ciorapul nu trebuie să fie prea strîns, trebuie să fie suficient de elastic și în consecință se va lua numai pe măsură. Se va pune după ce bolnavul a stat puțin culcat și venele s-au golit parțial de sînge.

circulația sîngelui, mișcarea sîngelui în vasele sanguine. Ca expresie a funcției globale a aparatului cardio-vascular, sîngele pompat de inimă străbate arterele, ajunge în vasele capilare, de unde se întoarce la inimă prin vene. În corpul omenesc, circulația sîngelui se face în mod curent prin două sisteme vasculare diferite, dintre care unul asigură legătura cu plămînul *(circulația mică)*, iar celălalt permite distribuția sîngelui la toate țesuturile organismului *(circulația mare)*. În timpul sarcinii se dezvoltă la făt un sistem vascular special care asigură legătura dintre sîngele mamei și sîngele fătului, sistem prin care se face așa-numita *circulație feto-placentară*. În cadrul *circulației mici*, sîngele împins de ventriculul drept în artera pulmonară ajunge prin ramificațiile acesteia în capilarele ce înconjură pereții alveolelor pulmonare, cedează la acest nivel bioxidul de carbon și se încarcă cu oxigen, întorcîndu-se în atriul stîng, prin venele pulmonare. În cadrul *circulației mari*, sîngele pornește din ventriculul stîng, trece în aortă, străbate arterele mari și ramificațiile acestora, ajungînd în capilarele diferitelor țesuturi și organe din corp și se întoarce prin vene în atriul drept. Ajungînd în capilare, sîngele cedează oxigen și substanțe nutritive și se încarcă cu bioxid de carbon și substanțe rezultate din metabolismele celulare. În cadrul *circulației feto-placentare*, sîngele matern ajuns în capilarele placentei cedează substanțe nutritive și oxigen sîngelui fătului, iar din sîngele fetal trec în sîngele matern bioxidul de carbon și o serie de substanțe rezultate din metabolismele celulare ale fătului. Această circulație este întreruptă după nașterea copilului, prin legarea și secționarea cordonului ombilical. *Mecanismul circulației*: a) *Inima* joacă rol principal de pompă în determinarea circulației sanguine, de contracția ventriculară depinzînd debitul, viteza și presiunea sîngelui. b) *Arterele* prin elasticitatea lor au un rol ajutător, efectul lor observîndu-se mai cu seamă la arterele mari, ai căror pereți sînt bogați în țesut elastic. Intrarea sîngelui din inimă în artera aortă sau pulmonară se însoțește de o distensie a acestor vase, care datorită elasticității lor își revin la dimensiunile reale în perioada dintre două contracții cardiace, împingînd sîngele spre periferie. Acest joc de volum al vaselor, care favorizează progresia sîngelui dinspre inimă spre capilare, poate fi simțit și observat sub forma undelor de puls. c) *Contracția mușchilor scheletici* compresînd venele ce trec printre ei, precum și vasele din mușchi, are rolul unei pompe ajutătoare

ce favorizează întoarcerea sîngelui venos înspre inimă. d) *Mişcările de inspiraţie* ajută întoarcerea sîngelui dinspre periferie spre inimă datorită presiunii negative existentă în cavitatea toracică în timpul acestui act respirator. e) *Forţa gravităţii* acţionează uşurînd revenirea sîngelui dinspre cap şi gît, spre inimă. Ea are o acţiune inversă asupra sîngelui din venele membrelor inferioare, fapt care explică de ce statul îndelungat în picioare predispune la stagnarea sîngelui în aceste vene şi la apariţia ulterioară a varicelor. În condiţii de impoderabilitate (în cabinele navelor cosmice), acest factor nu mai intervine în favorizarea sau împiedicarea circulaţiei sanguine. *Caracterele circulaţiei sanguine la om*: sîngele circulă prin vase cu presiuni, viteze şi în cantităţi ce variază cu importanţa organului irigat şi cu intensitatea activităţii acestuia. Presiunea sîngelui în aortă este în mod normal de 150—160 mm Hg, scăzînd pe măsură ce ne aflăm în artere cu calibru mai mic şi ajungînd să fie în capilare doar de 20—30 mm Hg. Pe măsură ce străbate venele, întorcîndu-se spre inimă, presiunea sîngelui scade şi mai mult ajungînd la valori de cîţiva mm de mercur, sau atingînd chiar valori negative, în venele mari ce se deschid în inimă. În cadrul circulaţiei mici, valorile de presiune sanguină sînt în general mai mici de cît în cadrul circulaţiei mari (de aproximativ 6 ori), copiii şi femeile avînd de asemenea valori de presiune mai scăzute în comparaţie cu respectiv bătrînii şi bărbaţii. În timpul contracţiei inimii, presiunea este maximă, iar în timpul dintre contracţii scade, devenind minimă. Viteza de circulaţie a sîngelui variază în mod asemănător modificărilor de presiune scăzînd dinspre inimă spre periferie. În artera aortă ea este de aproximativ 0,5 m pe secundă (1,8—2,0 km/oră), în arteriole de 0,25 m pe secundă, iar în capilare ea atinge valori de aproximativ 100 ori mai mici. Viteza foarte redusă din capilare favorizează schimburile nutritive şi respiratorii dintre sînge şi ţesuturi (dacă această viteză ar fi mare, schimburile respective nu ar avea timp suficient să se efectueaze pe deplin). Debitul de sînge pe care îl furnizează inima în fiecare minut este la omul adult de aproximativ 5 l, fapt care echivalează cu aproximativ 100 000 000 l sînge pompaţi de inimă în timpul unei vieţi de 75—80 de ani. Din acest debit, rinichii, ficatul, creierul, inima primesc o cantitate mai mare de sînge în comparaţie cu alte organe mai puţin importante din corp. De asemenea, în timpul creşterii activităţii unui organ, circulaţia sanguină la nivelul lui este mai crescută. În unele cazuri, sîngele din artere poate trece direct în vene, ocolind reţeaua de capilare, datorită deschiderii unor vase de legătură arterio-venoasă. În aceste cazuri, circulaţia sîngelui se numeşte *circulaţie şuntată* sau *scurtcircuitată*, prin analogie cu fenomenul de şunt sau scurtcircuit electric. Cînd artera principală care irigă o regiune se astupă treptat, se dezvoltă circulaţia prin arterele accesorii, colaterale, care compensează circulaţia prin artera principală (circulaţia colaterală). Datorită circulaţiei sale, sîngele îşi poate exercita rolurile importante pe care le are în organism (vezi sînge). *Adaptarea circulaţiei* la necesităţile organismului se face pe cale nervoasă şi umorală. În sistemul nervos există centrii care cresc sau scad frecvenţa contracţiilor inimii, precum şi centrii vasomotori care comandă o constricţie sau dilataţie vasculară, respectiv vasoconstricţie şi vasodilataţie. În diferite regiuni ale arborelui vascular există terminaţii nervoase sensibile la modificări chimice şi de presiune ale sîngelui. Aceste regiuni se numesc *zone reflexogene* şi de la ele pornesc impulsuri spre centrii nervoşi care comandă reacţiile amintite în funcţie de necesităţi şi alte impulsuri sosite de la receptori pentru temperatură, durere etc. pot determina, de asemenea, pe cale nervoasă reflex — condiţionată sau necondiţionată (vezi activitate nervoasă superioară), reacţie vasomotorie. Unii hormoni formaţi de glandele endocrine (modulosuprarenala, tiroida, hipofiza) au acţiune asupra circulaţiei prin influenţa exercitată asupra inimii şi a vaselor (vezi şi glande endocrine). Pentru aprecierea circulaţiei există o serie de metode, dintre care unele se adresează stării funcţionale a inimii, arterelor, venelor şi capilarelor. Altele se adresează rezultantei activităţii cardiovasculare, adică urmăresc viteza, debitul şi presiunea sîngelui în vase. Dintre aceste metode, mai cunoscute sînt: a) *Auscultarea zgomotelor inimii*; se face de către medici cu ajutorul stetoscopului, care caută să descopere zgomote în plus faţă de cele normale sau modificarea acestora. b) *Urmărirea pulsului*; pulsul este efectul contracţiilor cardiace asupra sîngelui din arterele periferice. Apăsînd o arteră pe un os (de obicei artera radială la încheietura mîinii) simţim nişte zvîcnituri al căror număr este egal cu numărul sistolelor ventriculare. Urmărind pulsul ne putem da seama, deci, de numărul şi regularitatea sistolelor ventriculare. c) *Măsurarea tensiunii arteriale*; tensiunea arterială reprezintă rezistenţa pe care o opun pereţii arteriali presiunii sanguine exercitate din interior asupra lor. Tensiunea arterială are valori aproximativ egale cu presiunea sîngelui în artere. De aceea, măsurînd tensiunea arterială cu ajutorul unui aparat numit *tensiometru*, noi aflăm de fapt care este presiunea sîngelui. *Tensiunea arterială maximă* (sau sistolică) corespunde presiunii sanguine maxime din timpul sistolei cardiace şi este de 120—140 mm Hg la omul adult normal. *Tensiunea minimă* (sau diastolică) este egală cu presiunea minimă a sîngelui din timpul diastolei. Valoarea ei obişnuită este 60—70 mm Hg. d) *Înregistrarea electrocardiogramei* este înscrierea curenţilor electrici care apar în timpul unei revoluţii

cardiace. Acest examen este foarte util pentru localizarea unei boli de inimă. În general, toate metodele de tratament al bolilor de inimă și vase se bazează pe cunoașterea stării aparatului cardiovascular și a circulației. Știința a mers atît de departe, încît în cursul unor operații pe inimă bolnavii pot fi menținuți în viață cu ajutorul unor aparate care înlocuiesc o vreme munca inimii. Aceste aparate sînt numite „inimi artificiale". O aplicare practică a cunoștințelor de fiziologie a circulației este modificarea distribuției sîngelui în organism, prin ventuze și comprese cu mușlar, prișnițe cu alcool sau unguente cu salicilat. Toate acestea irită ușor pielea, producînd o dilatare a vaselor cutanate și o constricție a vaselor din organele profunde bolnave (plămîni, articulații, amigdale), grăbindu-se vindecarea. *Circulație limfatică*, mișcarea limfei prin vasele limfatice. Limfa care ia naștere în organism prin trecerea lichidelor din spațiile intercelulare în vasele limfatice este condusă prin aceste vase în sînge. Circulația limfatică are în mod normal un rol relativ redus în comparație cu circulația sanguină, pentru drenarea apei și a substanțelor dizolvate în ea din țesuturi. Aceasta se explică prin faptul că lichidele intercelulare trec în marea lor majoritate direct în sînge și numai o mică parte ajung în vasele limfatice, contribuind la formarea limfei. În cazurile în care există o insuficiență de circulație sanguină, drenarea lichidelor interstițiale (intercelulare) direct în sînge este deficitară, iar rolul de drenaj al circulației limfatice crește. Viteza, presiunile și debitul limfei sînt foarte reduse în comparație cu aceleași valori raportate la sînge. Mecanismul de asigurare a circulației limfatice este, de asemenea, mult mai simplu în comparație cu mecanismele care asigură circulația sanguină. Principalul rol în progresia limfei dinspre periferie spre torace este jucat de presiunea negativă toracică din timpul inspirației, precum și de presiunea exercitată de mușchi asupra vaselor limfatice vecine. Intensitatea producției de limfă, precum și existența unor valvule de-a lungul vaselor limfatice contribuie, de asemenea, la asigurarea circulației limfatice. *Circulația interstițială;* în spațiile reduse existente între celulele organismului, spații numite și *interstiții*, circulă un *lichid interstițial*, din care celulele își extrag substanțele necesare vieții și în care aceleași celule elimină produsele rezultate din activitatea lor. Mișcarea lichidului interstițial prin spațiile intercelulare reprezintă circulația interstițială. Ea începe o dată cu trecerea din capilarele sanguine a apei, oxigenului și substanțelor nutritive în interstiții. Urmează mișcarea acestui lichid prin spațiile intercelulare, printre celule, și întoarcerea lui în sîngele venos (în cea mai mare parte) sau în vasele limfatice, contribuind la apariția limfei.

circumcizie, operație prin care se excizează prepuțul, cînd acesta prezintă orificiul prepuțial strîmt și nu permite decalotarea glandului (fimoză). Este bine ca operația să se facă în prima copilărie, pentru a preveni tulburările pe care le poate da fimoza. Există și circumcizie „rituală", la mozaici și la mahomedani, făcută cu scop igienic. Smegma care se adună sub prepuț, dacă nu se îndepărtează prin spălare, se infectează și determină o stare de iritație locală, care favorizează apariția cancerului de penis; la persoanele circumcizate, cancerul penisului este excepțional.

circumscripție sanitară, unitate teritorială de bază în sistemul de ocrotire a sănătății. Circumscripția sanitară desfășoară o activitate complexă, îmbinînd activitatea curativo-profilactică cu cea sanitaro-antiepidemică și de educație sanitară, pe teritoriul ce-i revine, atît în orașe, cît și în mediul rural. Numărul circumscripțiilor sanitare a crescut în țara noastră de la 1 209 (1938) la 3 747 (1961), ceea ce a făcut ca media locuitorilor pe o circumscripție să coboare la mai puțin de 5 000, față de aproape 13 000 în trecut. De fapt, această medie a coborît și mai mult, dacă vom socoti că în tot mai multe circumscripții sanitare lucrează azi cîte doi și chiar trei medici, prin adăugarea medicului de copii și a medicului stomatolog. În activitatea de ocrotire a sănătății, circumscripțiile sanitare se bizuie pe sprijinul populației și pe participarea acesteia la toate acțiunile profilactice întreprinse și la manifestările educativ-sanitare (vezi sfat sanitar de circumscripție).

ciroză, scleroza ficatului, instalată după inflamația lui cronică, prin distrugerea unei porțiuni de celule active și înlocuirea acestora cu un țesut fibros. Ea este urmată adesea de atrofia organului. Această scleroză împiedică circulația sîngelui pînă la nivelul celulelor ficatului și în felul acesta produsele nutritive nemaiputînd trece din ficat în circulația generală se instalează insuficiența hepatică. Treptat se dezvoltă lichid ascitic în cavitatea peritoneală, iar vasele stomacului și ale esofagului se îngroașă și se dilată pînă se rup și dau naștere la hemoragii, uneori mortale. În apariția cirozei, un rol important revine factorilor infecțioși și în primul rînd hepatitei epidemice, apoi malariei, sifilisului, unor deficiențe alimentare. Ciroza apare frecvent după consumul repetat și îndelungat de alcool. Boala poate trece multă vreme neobservată, semnele ei în perioada de început fiind puțin caracteristice. Bolnavul se plînge de lipsă de poftă de mîncare, grețuri, balonări și oboseală; uneori se remarcă sîngerări din nas sau din gingii. Cînd abdomenul începe să crească în volum, starea bolnavului declină mult. Examenele de laborator (probele de disproteinemie) indică semne de insuficiență hepatică. *Profilaxia* cirozei constă în asigurarea unei alimentații raționale, combaterea abuzului de alcool, *tratamentul* precoce

și complet al sifilisului. Un rol deosebit în profilaxia cirozei îl are tratamentul conștiincios și susținut al hepatitei epidemice. S-a observat că neglijarea prescripțiilor de regim dietetic și de odihnă favorizează cronicizarea

Ciroza ficatului.

hepatitei și duce la instalarea cirozei hepatice. O dată instalată, ciroza necesită tratament spitalicesc: vitaminoterapie, diuretice, deltacortizon, extracte de ficat, perfuzii cu plasmă.

cisticercoză (cisticercoză umană), boală parazitară produsă prin localizarea în organismul omului a larvelor (cisticerci) de *Taenia solium* sau *Taenia saginata* (vezi teniază). În mod obișnuit, omul este gazda definitivă, la care găsim parazitul adult, viermele, în intestin. Gazda intermediară unde se dezvoltă larvele parazitului este porcul (pentru *T. solium*) și boul (pentru *T. saginata*). Omul se infectează consumînd carne de porc sau de bou care conține larve de tenie (numite cisticerci). Porcul și boul se infectează ingerînd o dată cu iarba și ouă de tenie. Ouăle ajunse în organismul acestor animale se transformă în larve (cisticerci) și se fixează în mușchi. Se poate produce cisticercoză și la om atunci cînd omul ingerează, ca și animalele de mai sus, ouă de tenie, o dată cu legumele și fructele. Infestarea omului se mai poate face și prin regurgitarea unor segmente de tenie în stomac, unde fragmentele de tenie sînt digerate, iar embrioforii eliberați din ouă pătrund prin peretele stomacului în organism. La fel ca și la animal, embrioforii din ouăle de tenie ajunși în organismul omului se transformă în larve (cisticerci) și se fixează în diferite organe, producînd astfel cisticercoza umană. La om, spre deosebire de animal, cisticercii se localizează mai ales în ochi sau în creier, producînd îmbolnăviri grave. Localizarea în mușchi sau sub piele este mai ușoară. Dimensiunile cisticercilor pot ajunge la cîțiva centimetri. Localizarea în creier este cea mai gravă. Bolnavii au dureri mari de cap, convulsii, tulburări psihice, simptome asemănătoare cu ale unei tumori cerebrale. Localizarea în ochi dă tulburări de vedere, putînd merge pînă la orbire. *Tratamentul* constă în extirparea chirurgicală, cînd este posibilă, și tratamentul teniei adulte din intestin, dacă există.

cistită, inflamație a mucoasei vezicii urinare; inflamația întregului perete vezical se numește pancistită, iar inflamația țesutului perivezical, pericistită. Cistita este destul de frecventă și reprezintă complicația infecțioasă a unei boli subvezicale (adenom de prostată, stricturi uretrale, vulvo-vaginite), a unei boli vezicale (tumoare vezicală, calculi), ori însămînțarea vezicală a unei infecții supravezicale (pielonefrite netuberculoase sau tuberculoase). De aceea, diagnosticul de cistită trebuie totdeauna completat cu diagnosticul bolii a cărei complicație o reprezintă. Clinic, cistita se manifestă prin micțiuni frecvente, dureri la micțiune și urină tulbure, acestea fiind elementele esențiale de diagnostic. Dacă lipsește unul din aceste trei elemente nu se mai poate vorbi de cistită. Uneori se mai adaugă hematurie, greutate în micțiune, senzații imperioase de micțiune. Obișnuit, temperatura nu este ridicată. La femeie se întîlnește frecvent, cistita cu punct de plecare vaginal, germenii pătrunzînd din vagin, prin uretră, în vezică. Această însămînțare se face de obicei în preajma menstruației, cînd, din cauza condițiilor locale, flora microbiană vaginală devine mai virulentă. Tot la femeie, în perioadele de hiperfoliculinemie (în primele luni ale sarcinii și în perioada care precede menopauza), apare un sindrom asemănător cistitei, dar urina este limpede (cistalgie endocrină). Datorită faptului că cistita poate fi complicația unei boli grave (tumori, tuberculoză), bolnavul trebuie să se adreseze medicului specialist. Pentru calmare se recomandă spălături vaginale cu ceai de mușețel cald, supozitoare cu spasmoverin, albastru de metilen. Nu se va lua urotropină, care agravează cistita.

cistografie, radiografie a vezicii urinare umplută cu o substanță opacă la razele X — obișnuit o soluție de iodură de sodiu — cu scopul de a-i vedea forma și conturul, punîndu-se astfel în evidență tumori, diverticuli, scleroză vezicală, anomalii congenitale. Pneumocistografia: radiografia vezicii pline cu aer și substanță de contrast. Cistopoligrafia: metodă românească pentru diagnosticul tumorilor vezicale, care dă în același timp indicații asupra supleții peretelui vezical.

citocol, reacție de laborator efectuată pe sînge, pentru diagnosticul sifilisului. Are avantajul că este mai ușor de executat de cît reacția Bordet-Wassermann, este foarte sensibilă și precoce (devine pozitivă la 10—12 zile de la apariția șancrului). Serul din sînge (care conține anticorpi) se pune în contact cu antigenul diluat (extract concentrat din mușchiul inimii de bou, cu adaos de colesterol), se agită, se adaugă ser fiziologic, se agită din nou și se citește apariția de flocoane. Rezultatul se exprimă: ++++ (intens pozitiv), +++ (pozitiv); ++ (slab pozitiv); +— (dubios). În 3—4% din cazuri poate da reacții pozitive nespecifice. De aceea, pentru diagnosticul serologic al sifilisului, reacția citocol se utilizează în paralel cu alte reacții (reacția Bordet-Wassermann) și reacția Meinicke.

citostatic, medicament cu acțiune toxică asupra nucleului și citoplasmei celulelor canceroase în special. Acțiunea lor principală are loc asupra nucleului, oprind diviziunea celulară (înmulțirea). *Exemplu de citostatice mai des utilizat:* Citosulfan mileran TEM, Domagk (E39), Colcemid, Sarcolizină, Leukeran, Dopan, Endoxan. Au efecte favorabile în anumite forme de cancer (în special în leucemii), dar mai ales în prevenirea recidivelor locale sau a metastazelor după operație. Se aplică și acolo unde tumoarea nu este accesibilă operației, de obicei împreună cu tratamentul de iradiere. O cauză care le limitează mult întrebuințarea este efectul toxic pe care îl au și asupra unor celule normale ale organismului, celule care se găsesc într-o fază activă de înmulțire pentru a înlocui pe cele uzate. În plus, cauza cancerului nefiind încă cunoscută, preparatele chimice utilizate astăzi nu au o eficacitate totală asupra lui. Rezultate bune și în unele cazuri foarte bune se obțin prin asocierea simultană sau succesivă a citostaticelor cu alte mijloace de terapie anticanceroasă: operație, iradiere, substanțe care opresc creșterea celulelor, hormoni, antibiotice.

citovaginal (examen), metodă de laborator care constă în examinarea celulelor ce se găsesc în secreția vaginală. Secrétia recoltată de medic sau soră se întinde pe o lamă, se colorează și apoi se examinează la microscop. După numărul, forma și coloratia celulelor și a nucleilor se deduce activitatea endocrină a ovarelor. Pentru un examen complet se recoltează 4 — 5 frotiuri la diverse intervale dintre două menstruații (a 7-a, a 14-a și a 21-a zi de la prima zi a menstruației). Pentru a se obține un rezultat concludent, trebuie tratate în prealabil eventualele inflamații ale vaginului, iar cu 24 de ore înainte de recoltarea secreției sînt interzise irigațiile vaginale și raporturile sexuale.

ciuperci; datorită conținutului lor bogat în vitamine, fermenți și hidrați de carbon, precum și gustului lor plăcut după pregătirea culinară, ciupercile constituie un aliment de mare preț. Din cauza, însă, a numeroaselor cazuri de intoxicație cu ciuperci, multe din gospodine le evită. Și totuși, cunoașterea ciupercilor este posibilă pe baza datelor pe care ni le oferă botanica. Se pretinde că o ciupercă ce își schimbă culoarea la rupere este otrăvitoare, fapt care nu corespunde întrutotul adevărului, căci dacă unele dintre ciupercile otrăvitoare se albăstresc atunci cînd le rupi, sînt ciuperci foarte bune de mîncat care se înnegresc sau devin verzi ori albastre după ce le-am rupt. Nici părerea curentă, care are mare credit printre gospodine, după care ciupercile otrăvitoare ar înnegri o lingură de argint nu corespunde realității, căci cea mai veninoasă dintre ciuperci, ciuperca albă sau buretele viperei, lasă neschimbată linguriță sau banul de argint puse în contact cu ea. Cunoașterea ciupercilor pe baza datelor oferite de botanică ne poate pune însă în măsură să distingem ciuperca comestibilă de cea otrăvitoare. Pentru aceasta trebuie cercetate următoarele elemente ale unei ciuperci: *felul pălăriei*, pielea care o acoperă, adică *cuticula*, lamele dispuse sub pălărie, *piciorul*, dacă acesta este prevăzut cu un *guleraș* sau *inel* și dacă la baza piciorului se găsește acel bulb sau săculeț numit *volvă*. Cea mai otrăvitoare dintre ciuperci, „ucigașul nr. 1" cum i se poate spune, este *buretele viperei* sau *ciuperca albă (Amanita phaloides)*. Intoxicațiile cu această ciupercă sînt mortale în aproape 80% din cazuri. O recunoaștem după pălăria aproape dreaptă, acoperită de o pieliță (cuticulă) de culoare albă sau galbenă-verde ca lămîia, cu lamele albe. În partea de sus, piciorul prezintă un inel cu magini încrețite, iar în partea de jos o volvă, caracteristică pentru ciupercile otrăvitoare în general. Din aceeași familie sînt *buretele de lămîie* care îi seamănă mult, dar are o pălărie mai mică, cu o cuticulă galbenă ca lămîia, presărată cu puncte albe, și *bureții pestriți, muscariția* sau *buretele șerpesc (Amanita muscaria)*, cu pălăria roșie, pătată. Caracteristic pentru toate ciupercile otrăvitoare este mai ales piciorul, înconjurat de o volvă sau îngroșat ca un fel de bulb. Să trecem acum la ciupercile comestibile: cea mai obișnuită este *ciuperca de bălegar sau șampinionul*. Are o pălărie albă sau galbenă, de aspect mătăsos. Lamele sînt de culoare roz, iar piciorul, alb sau cenușiu, are un inel la partea de sus, iar spre bază se îngroașă, subțiindu-se brusc la rădăcină. Carnea albă și moale are miros de ananas și gust de nucă. Intoxicația cu ciuperci se datorește unei triple otrăvi pe care buretele viperei o conține: faloidina, care atacă ficatul și provoacă hemoragii, falina, care distruge globulele roșii și amanitina, responsabilă de slăbirea bătăilor inimii și de răcirea corpului. Această intoxicație este aproape fără scăpare, deoarece semnele intoxicației nu apar de cît la 18—20 de ore după consumarea ciupercilor, atunci cînd este prea tîrziu pentru o intervenție cu folos. La început, bolnavul varsă neîncetat, apoi apare o diaree

de neoprit, care îl deshidratează şi îi împrumută un aspect de holeric. Colicele abdominale şi setea neistovită chinuie bolnavul. În aplicarea tratamentului vom începe cu debarasarea stomacului prin vomitări provocate şi prin curăţirea intestinului cu o doză de sare amară sau o clismă abundentă. Cărbunele animal luat pe gură are proprietatea de a absorbi toxinele. Pentru protejarea ficatului şi rinichilor se administrează băuturi îndulcite cu mult zahăr. Pînă la venirea medicului vom pregăti o soluţie cu o linguriţă de sare de bucătărie la un pahar cu apă, pe care bolnavul o va lua în înghiţituri mici, pentru a nu vărsa.

Cîmpulung-Muşcel, staţiune terminală pe linia ferată Goleşti-Cîmpulung cu o altitudine de 598 m. Localitatea se află pe versantul sudic al Carpaţilor, la poalele Iezerului şi posedă un climat subalpin de cruţare, fără vînturi, cu o vegetaţie bogată — locală şi în împrejurimi — între care se remarcă stejari, pini, fagi, pomi fructiferi. Ca staţiune climaterică Cîmpulung este indicat în afecţiunile aparatului respirator, anemii, cloroze, la convalescenţi şi în stările de nevroză astenică. Există în localitate şi o instalaţie modernă de hidroelectro- şi pneumoterapie, unde se pot face tratamente cu inhalaţii, aer comprimat, proceduri hidrice şi electroterapie pentru afecţiuni ale nazo-faringelui, laringelui, sinusurilor, bronhiilor etc. Izvorul de apă sulfuroasă slab concentrată din staţiune se indică în cură internă pentru boli renale şi ale căilor urinare, boli digestive etc. Din staţiune se pot face excursii la Curtea de Argeş, Cheile şi Peştera Dîmbovicioara, Piatra Craiului etc.

climatoterapie, utilizarea particularităţilor climatice ale unei regiuni, în scopuri terapeutice, prin asigurarea, în funcţie de boală a celor mai bune condiţii de climă, radiaţii, componenţă a aerului etc. Prin *climatoprofilaxie* se înţelege întărirea generală a sănătăţii prin acţiunea factorilor climatici asupra organismului, în vederea prevenirii bolilor. Climatoterapia şi climatoprofilaxia se bazează pe *climatologia medicală* care studiază condiţiile geografice, meteorologice, aerochimice etc. ale mediului extern, referitoare la problemele medicale, reacţiile normale şi patologice ale organismului faţă de influenţa climei, elaborînd de asemenea formele şi metodele climatoterapiei şi climatoprofilaxiei. Organismul omenesc răspunde la acţiunea climei prin modificări variate ale proceselor biochimice, ale funcţiilor fiziologice în diverse organe şi sisteme. Aceasta permite adaptarea destul de rapidă a omului sănătos la cele mai diferite condiţii climatice. În unele cazuri factorii climatici provoacă fenomene patologice; în altele — servesc la tonificarea organismului. Organismul are nevoie de o stimulare constantă a mecanismelor sale de apărare şi adaptare (termoreglarea, schimbul gazos etc.). Locuinţa şi îmbrăcămintea îl apără pe om de acţiunea defavorabilă a condiţiilor climatice, dar totodată îl izolează de influenţa folositoare a condiţiilor naturale. Formele principale de utilizare a climei, ca mijloc de călire şi tratament, sînt şederea îndelungată în aer liber, băile de aer, helioterapia şi schimbarea de climă. Unul din factorii climatici cei mai activi este radiaţia solară. Razele calorice, luminoase şi ultraviolete ale soarelui sînt indispensabile pentru viaţa normală a organismului. Ele folosesc la *călirea organismului* şi utilizarea lor poartă numele de helioterapie. Razele solare stimulează sistemul nervos, procesele metabolice, toată activitatea biologică a organismului. Sub acţiunea lor se formează în piele vitamina D, necesară pentru metabolismul calciului, în special la organismul în creştere. Lipsa sau insuficienţa radiaţiilor ultraviolete la copii duce la apariţia rahitismului, iar la adulţi — la afecţiuni dentare, scăderea capacităţii de muncă iar în caz de îmbolnăvire — la evoluţia mai dificilă a procesului de însănătoşire. Diversitatea climelor deschide mari posibilităţi pentru diferenţierea climatoterapiei şi antrenarea organismului în variate condiţii climatice. În raport cu starea sănătăţii se prescriu diferite regimuri de climatoterapie în care predomină fie o acţiune treptată a factorilor climatici, fie antrenamentul activ, fie ambele metode **combinate.**

clismă, introducerea în rect, datorită presiunii, a unei cantităţi de lichid pentru a goli intestinul (clismă evacuatoare) sau în scop terapeutic (introducere de substanţe medicamentoase sau alimentare). Dispozitivul pentru clismă cuprinde un irigator, un tub de cauciuc, o clemă şi o canulă. Irigatorul este un rezervor de sticlă, metal sau cauciuc cu o capacitate de 1 000—2 000 ml, de la care pleacă un tub de cauciuc lung de aproximativ 1,5 m şi prevăzut la capătul lui liber cu o canulă. Clismele pentru copii se fac cu o pară de cauciuc. Clismele evacuatoare fragmentează materiile fecale întărite, le lichefiază şi uşurează eliminarea acestora prin accelerarea peristaltismului intestinal, a cărui mucoasă o excită. Această clismă se practică în caz de constipaţie rebelă, de intoxicaţie alimentară etc. Ea se face cu 800—1 200 ml (4—6 pahare mari) de apă caldă (25—30°). Persoana care urmează să primească clisma este culcată pe stînga, la marginea patului, cu picioarele îndoite şi aduse la abdomen; sub ea este aşternută o muşama pentru eventualitatea cînd nu va putea reţine apa. Apoi se unge canula cu o substanţă grasă (ulei sau vaselină), se lasă să se scurgă cîţiva ml de apă pentru a goni aerul din tub, se depărtează fesele cu degetele mîinii stîngi şi se introduce încet canula prin rect, la o adîncime de aproximativ 6—9 cm. După ce se constată pătrunderea canulei suficient de adînc, se deschide robinetul irigatorului sau se slăbeşte clema şi se lasă ca apa să intre în intestin. Pentru

aceasta se înalţă irigatorul la aproximativ 1—1,5 m de la nivelul patului, avîndu-se grijă ca, cu ajutorul acestei înălţimi să se regleze debitul lichidului în aşa măsură, încît intestinul să fie spălat cu suficientă presiune, dar ca apa să nu pătrundă totuşi prea violent. În timpul cît apa pătrunde în intestin şi după terminarea clismei pot apărea tenesme puternice (nevoie de defecaţie) şi colici în pîntece. Dacă durerile sînt suportabile se va căuta să se reţină apă în intestin 5—10 minute pentru ca aceasta să aibă vreme să spele tot intestinul gros. Uneori, apa pătrunde greu în rect, fiind împiedicată de mase compacte de materii fecale. În acest caz, canula se retrage uşor şi apa este introdusă cu presiune mică pentru a fărîmiţa treptat masele întărite de fecale. După efectuarea clismei, canula trebuie curăţată şi fiartă. Clismele medicamentoase se practică pentru a acţiona fie local asupra mucoasei intestinale (soluţie de rivanol 1/4 000 sau tanin 0,5—1%), fie general, prin introducerea unui medicament sau unor seruri care nu pot fi administrate pe cale bucală (vărsături incoercibile, come). În aceleaşi condiţii se recurge la clisme alimentare în soluţie de glucoză (5%) sau de ser fiziologic, care se administrează picătură cu picătură. Aceste clisme sînt precedate de o clismă evacuatoare.

cloramfenicol — vezi antibiotic.

clordelazin — vezi tranchilizant.

cloroform, triclorură de metan din punct de vedere chimic, este un lichid fără culoare, cu miros caracteristic, suportabil. Din punct de vedere medical, cloroformul este întrebuinţat la operaţii pentru a adormi pacientul şi în acelaşi timp pentru a-i suprima durerile (acţiune narcotică). El dă uşor o narcoză profundă după o perioadă scurtă de excitaţie a sistemului nervos şi înmoaie (relaxează) muşchii, ajutînd actul operator. Se utilizează şi în obstetrică, unde la naşterile mai grele, prelungite, inhalarea cîtorva picături scade mult durerile parturientei.

coagularea sîngelui, închegarea sîngelui sau transformarea lui dintr-un fluid în cheag (coagul) semisolid. Coagularea sîngelui face parte dintr-un proces mai complex numit hemostază prin care organismul se apără de pierderi de sînge. Coagularea sîngelui are loc în felul următor: din trombocite (plăcuţe sanguine) se eliberează în urma distrugerii acestora o substanţă enzimatică numită *trombochinază*. Aceasta transformă o altă substanţă existentă în plasmă, numită *protrombină*, în *trombină*, în prezenţa ionilor de calciu. *Trombina* este o enzimă care acţionînd asupra *fibrogenului* din plasmă şi îl transformă în *fibrină*. *Fibrina* reprezintă o reţea de firicele de substanţă proteică, în ochiurile căreia se găsesc eritrocite, leucocite, substanţe proteice etc. Reţeaua de fibrină este scheletul coagulului, asigurînd rezistenţa acestuia faţă de presiunea sîngelui din vas, care tinde să iasă în afara lui. Odată apărut, coagulul astupă vasul şi opreşte hemoragia. După o vreme, coagulul se întăreşte devenind mai dens, prin eliminarea serului conţinut. Serul este plasmă fără fibrinogen. Eliminînd serul, coagulul se micşorează de volum. Acest fenomen se numeşte *retracţia cheagului* şi se produce sub acţiunea unei substanţe eliberate din trombocitele distruse. Rezumînd fazele coagulării putem face următoarea schemă:

$$Ca^{++} + \underset{\downarrow}{\text{protrombină}} \xrightarrow{\text{trombocit, trombochinază}} \underset{\downarrow}{\text{trombină}} + \text{fibrinogen} \rightarrow \underset{\downarrow}{\text{fibrină + globule + ser}} \rightarrow \underset{\downarrow}{\text{coagul (conţinînd ser)}} \rightarrow \text{coagul retractat} + \text{ser separat}$$

Coagularea reprezintă un mijloc foarte important de menţinere a volemiei (cantităţii de sînge din organism) în cazul hemoragiilor, cînd acest volum tinde să scadă rapid, punînd în pericol viaţa. În sînge există în mod normal substanţe (de exemplu heparina fabricată în ficat), care împiedică coagularea sîngelui în vasele corpului. Luciul celulelor care căptuşesc vasele sanguine face ca trombocitele sîngelui a căror distrugere iniţiază procesul de coagulare fără a traumatiza, să alunece uşor. În cazurile în care apare o lezare a vasului sanguin sau cînd sîngele este scos în afara organismului, trombocitele se sparg, eliberează o substanţă *trombochinaza*, apărînd coagularea. În unele boli (hemofilie), coagularea nu se face sau este mult întîrziată, astfel încît organismul prezintă frecvente hemoragii care pot pune viaţa în pericol. În alte boli însă (flebite) se poate întîlni o situaţie inversă, adică o tendinţă la hipercoagulare. Explorarea mecanismului de coagulare se face prin scoaterea după o înţepătură din deget sau ureche, a unei picături de sînge şi urmărirea timpului care se scurge de la recoltarea sîngelui pînă la coagularea lui. În mod normal, acest timp de coagulare este de 4—6 minute. În ultima vreme, prin descoperirea a numeroşi factori care intervin în mecanismul coagulării, au apărut şi posibilităţi de cercetare mai fină a acestuia, ca de exemplu urmărirea formării coagulului cu ajutorul unui aparat numit trombelastograf. Sîngele scos în afara organismului coagulează rapid. Împiedicarea închegării sîngelui se poate face prin mai multe mijloace: a) parafinarea instrumentelor cu care scoatem sînge şi în care îl păstrăm, în acest fel fiind ferite de distrugere trombocitele care conţin trombochinaza ce declanşează coagularea; b) agitarea sîngelui cu bile mici de sticlă sau cu o baghetă de sticlă; în acest fel, fibrina, pe măsură ce se formează, aderă de sticlă şi cheagul nu mai apare; c) legarea ionilor de calciu din sîngele recoltat cu substanţe chimice, cum sînt *fluorura de sodiu*, *oxalatul de sodiu*, în absenţa ionilor de calciu, trombina formîndu-se foarte încet, iar coagu-

larea fiind practic împiedicată; d) adăugarea unor substanţe ca *heparina* (produsă în ficat), *hirudina* (extrasă din capete de lipitoare), *dicumarina* (preparat sintetic), substanţe care au o acţiune anticoagulantă, împiedicînd apariţia şi acţiunea trombinei, putînd fi administrate şi ca medicaţie de bază în bolile însoţite de o hipercoagulare.

cocainomanie, toxicomanie prin nevoia imperioasă căpătată prin obişnuinţă de a consuma cocaină pentru senzaţia de beţie euforică şi halucinaţiile pe care le produce. Se consumă sub formă de pulbere de cocaină şi se aspiră pe nas. Consumarea de cocaină duce la ulceraţii cronice, cu perforarea septului nazal, şi la degradarea psihică.

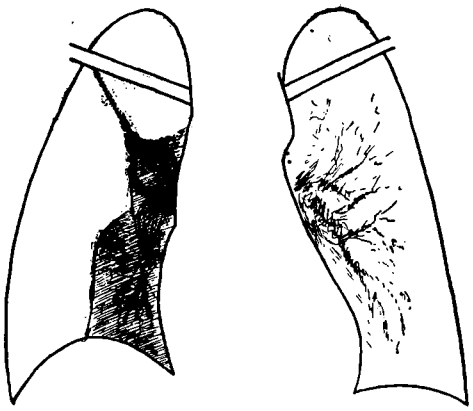
codeină, derivat din alcaloidul morfină, cu acţiune predominantă de calmare a tusei, prin influenţarea centrului său nervos. Răreşte respiraţia şi calmează în unele boli pulmonare. Fiind toxică, nu se administrează absolut de loc la copiii sub un an şi este bine să fie evitată la copii între 1 şi 3 ani. Trebuie ştiut însă că preparatele care conţin codeină (Codenal, Tusocalmin, Tusoform) nu se administrează decît în tusea iritativă de la începutul bronşitelor, în tusea tuberculoşilor sau a cardiacilor, în tusea convulsivă nu pentru multe zile şi nu în doze care să suprime tusea, ci numai să o modereze. Aceasta pentru că secreţiile (mucus, puroi cu microbi) nu mai pot fi eliminate la timp dacă se suprimă tusea şi, rămînînd în căile respiratorii, pot agrava boala. De aceea, Tusoformul, Tusocalminul au în compoziţia lor şi substanţe uşor dezinfectante şi care subţiază (fluidifică) secreţia, ajutînd la eliminarea ei (benzoat de sodiu, gudron, acetat de amoniu). Astfel, preparatele cu codeină nu vindecă boala care se însoţeşte de tuse, pentru aceasta fiind nevoie de tratamente complexe (antibiotice, expectorante, sedative, analeptice cardiovasculare, vitamine).

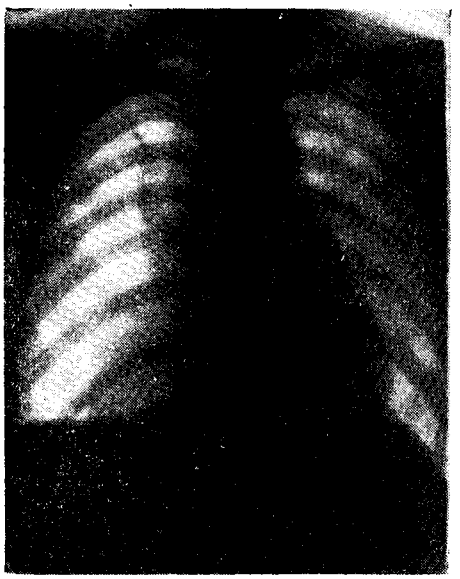
colagog, medicament de origine vegetală, animală sau minerală, cu rolul principal de a uşura evacuarea bilei din vezicula biliară şi canalele hepatice în duoden. Acţiunea lor se datoreşte faptului că lucrează asupra musculaturii acestor căi biliare prin contracţia pereţilor lor favorizînd scurgerea bilei. Efectul colagog la omul sănătos are loc atunci cînd sucul gastric acid pătrunde în duoden şi la consumul anumitor alimente, ca ouă, grăsimi, lapte, supe concentrate de carne, sau la efectuarea unui tubaj duodenal pentru analiza bilei, cînd se injectează pe sonda ajunsă în duoden, ulei sau sulfat de magneziu cald. Ouăle se întrebuinţează şi atunci cînd trebuie făcută radiografia veziculei biliare cu o substanţă de contrast pentru a se stabili dacă se contractă bine după administrarea lor. Administrarea substanţelor colagoge la bolnavii cu infecţii ale căilor biliare (colecistite, angiocolecistite) se face utilizînd mai ales ulei de măsline, sulfat de magneziu, peptone (albumine tratate parţial cu acizi), cam cu o jumătate de oră înaintea meselor principale. Ele nu pot fi însă folosite de bolnavii care au un obstacol mecanic al scurgerii bilei (pietre la ficat), sau cu inflamaţii grave ale veziculei biliare, bolnavi la care aceste medicamente ar da o creştere a intensităţii durerii.

colaps, stare gravă a organismului provocată de o scădere bruscă a volumului de sînge care circulă în vasele periferice şi a tensiunii arteriale. Sîngele nemaiajungînd din această cauză la inimă în cantitate suficientă, aceasta bate oarecum în gol, ajungîndu-se la o scădere considerabilă a debitului cardiac. Colapsul poate fi determinat în urma unei dilatări vasculare, prin pierderi importante de lichide din circulaţie (hemoragii, deshidratare prin diaree sau transpiraţii abundente). Colapsul vascular este produs de paralizia arteriolelor şi capilarelor provocată de intoxicaţii sau de toxinele eliminate de germenii bolilor infecţioase (septicemie, febră tifoidă, scarlatină). Starea de colaps necesită intervenţia urgentă a medicului. Pînă la sosirea acestuia, bolnavul va fi dezbrăcat, culcat în poziţie orizontală, fără pernă la căpătîi sau cu capul mai coborît de cît membrele inferioare. Tot pentru a obţine o mai bună irigare cu sînge a centrilor nervoşi se înalţă, cu 1—2 cărămizi, patul în dreptul picioarelor bolnavului. Tratamentul colapsului urmăreşte combaterea dilataţiei vasculare şi înlocuirea masei de lichid.

colapsoterapie, totalitatea metodelor medicale şi chirurgicale care urmăresc punerea plămînului în repaus prin retractarea acestuia. În felul acesta se favorizează scăderea cantităţii de toxine resorbite şi vindecarea prin cicatrizare a leziunilor pulmonare. Principala indicaţie a colapsoterapiei este în tuberculoză. În unele cazuri, ea se aplică la ambii plămîni, deşi funcţia plămînului retractat trebuie compensată de celălalt plămîn; totuşi, colapsoterapia bilaterală este bine suportată. Explicaţia stă în marea rezervă funcţională a plămînului (capacitatea între o inspiraţie şi o expiraţie forţată = 4 000 ml; necesar în actul respirator normal = 500 ml). *Colapsoterapia medicală sau pneumotoraxul medical* se realizează prin introducerea aerului în cavitatea pleurală cu ajutorul unui aparat special. Aparatul are adaptat un manometru, care permite citirea presiunii din cavitatea pleurală, şi un ac special, care pătrunde în cavitate la nivelul unui spaţiu intercostal. Cantitatea de aer şi presiunea sînt reglate în funcţie de sediul şi întinderea leziunii. Insuflaţiile se repetă la început la 8 zile, apoi din ce în ce mai rar. Rezultatele excepţionale în marea majoritate a cazurilor au făcut ca pneumotoraxul să-şi păstreze neştirbită actualitatea. Eşecurile se datoresc de obicei neglijenţei bolnavului care nu se prezintă cu regularitate la insuflaţie. Cîteodată, pneumotoraxul nu poate fi executat din cauza aderenţelor dintre cele două foiţe pleurale sau este incomplet din cauza acestor aderenţe (bride). În astfel de cazuri se face secţionarea bridelor cu ajutorul unui electrocauter introdus în cavitatea pleu-

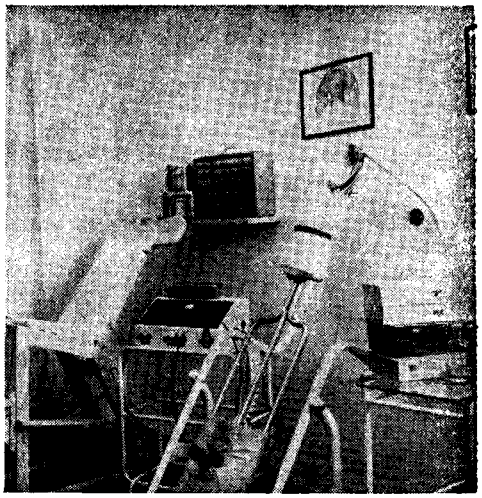
rală printr-un tub special şi dirijat cu ajutorul unui sistem optic (aparat numit pleuroscop). Aceasta este *operaţia Iacobeus*. În situaţii asemănătoare, cînd aderenţele pleurale împiedică colapsoterapia medicală, se poate recurge la o intervenţie chirurgicală denumită *pneumotorax extrapleural*, prin care se obţine dezlipirea foiţei pleurale ce căptuşeşte peretele toracic. Aerul este insuflat în această cavitate creată artificial întocmai ca pentru un pneumotorax obişnuit. *Frenicectomia* este secţiunea nervului frenic care conduce mişcările diafragmului. În felul acesta se obţine o imobilizare parţială a mişcări-





Pneumotorax drept, cavernă tuberculoasă cu aderenţe pleurale.

lor respiratorii ale plămînului. *Toracoplastia* constă în rezecţia unui număr de coaste în dreptul leziunii pentru a obţine retracţia plămînului pe acea porţiune. Se completează uneori cu *apicoliză*, adică secţionarea ligamentelor care susţin pleura la nivelul vîrfului plămînului şi care îl împiedică să se retracte. *Pneumoperitoneul* este o metodă de tratament al leziunilor



Instalaţie Iacobeus

cu sediul la baza plămînului. Aerul este introdus şi menţinut sub presiune în cavitatea abdominală pentru a se obţine imobilizarea parţială a plămînului.

colecistectomie, intervenţie chirurgicală prin care se extirpă vezicula biliară. Reprezintă tratamentul chirurgical al colecistitei calculoase, al colecistitei acute, al colecistitei gangrenoase, al hidropsului vezicular (obstrucţia canalului cistic şi dilatarea consecutivă a veziculei biliare). În general, extirparea veziculei biliare bolnave nu este urmată de tulburări dacă bolnavul respectă regimul alimentar prescris.

colecistită, inflamaţia veziculei biliare. Colecistita poate fi acută sau cronică; ea ia naştere prin pătrunderea microbilor în veziculă pe cale sanguină sau din aproape în aproape, de la ficat sau duoden. Ea se manifestă prin dureri vii în regiunea ficatului care răspund pînă în spata umărului drept şi se însoţesc de semnele unei infecţii: febră cu frisoane, stare generală rea. Dacă inflamaţia a prins şi căile biliare, se instalează icterul. *Colecistita acută* poate merge, spontan sau în urma tratamentului, către ştergerea semnelor acute, îmbrăcînd un aspect de cronicitate. Alteori, infecţia poate progresa şi duce la o complicaţie foarte gravă: colecistită supurată sau gangrenoasă, care să perforeze în cavitatea abdominală. În *colecistita cronică*, bolnavii se plîng de dureri în zona veziculei cu iradieri în spate. Uneori apar crize dureroase puternice, în special după grăsimi, sosuri, ouă, mezeluri, tocături, cînd se pot instala şi fenomenele inflamatoare acute. Această stare este adesea întreţinută de prezenţa unor calculi. Examenul

radiografic, după introducerea de substanță opacă și tubajul duodenal ajută la confirmarea diagnosticului. *Tratamentul colecistitei acute* constă în repaus absolut la pat, pungă cu gheață în regiunea ficatului și antibiotice, sub strictă supraveghere medicală. În colecistita cronică se recomandă regim dietetic, cu excluderea mîncărurilor față de care bolnavul manifestă intoleranță, drenajul veziculei cu soluții de tipul Bourget-ului, extrase de anghinare (cinarol) sau tubaje duodenale repetate. Antispasticele sînt recomandate în caz de dureri, iar antibioticele în caz de infecție. Cura de apă la Sîngeorz, Slănic, Călimănești completează fericit tratamentul dietetic și medicamentos.

colecistografie, radiografie a veziculei biliare cu ajutorul substanței de contrast. Cînd această substanță de contrast se administrează pe gură, tehnica ia numele de colecistografie peroralâ (substanța este resorbită din intestin în sînge, trece cu acesta în ficat, de unde este eliminată împreună cu bila — fierea — fiind apoi concentrată în vezicula biliară). Pentru tot acest circuit sînt necesare cam 12—13 ore și acesta este timpul de la ingerarea substanței, după care se face radiografia. Pentru efectuarea colecistografiei, bolnavul este pregătit cu o zi înainte prin efectuarea unei clisme, în vederea evacuării intestinului. Uneori este necesar și un prînz cu alimente, care să golească vezicula în care stagnează bila (ouă, unt, smîntînă). În seara aceleiași zile, bolnavul ia doza de colectrast stabilită de medic (în general o tabletă pe kg de greutate corporală o dată sau în două prize). A doua zi (după 14 ore) se execută o primă radiografie a regiunii respective. Se administrează apoi bolnavului trei gălbenușuri de ou crude și se execută una sau mai multe radiografii (la 15 minute, la o oră sau la două ore), pentru a vedea cum se golește vezicula biliară de conținutul său (bilă plus substanțe de contrast). Colecisto-(colangio)-grafia intravenoasă evidențiază în afară de vezicula și căile de evacuare a bilei, din ficat, substanța de contrast fiind administrată intravenos (biligrafin). După injectarea încetată a biligrafinului se execută radiografii la 15, 30, 60 și 120 de minute, apoi se administrează ouăle și se fac din nou radiografii. Colecistografia dă date importante asupra așezării, mobilității, formei, volumului și evacuării veziculei biliare, iar în cazul celei intravenoase, și asupra căilor biliare principale. Evidențiază foarte bine prezența de calcul, definitivînd indicația operatorie. Poate fi completată cu injectarea de anumite medicamente (morfină, atropină sau nitrit de amil), în scopul evidențierii răspunsului vezicular la acțiunea acestor substanțe (proba farmacodinamică).

Colentina (Spitalul), a început să funcționeze în anul 1864. Alexandru Ioan Cuza a dăruit 2 000 de galbeni pentru terminarea construcției. Instituția a fost subordonată Eforiei spitalelor civile pînă la naționalizarea sa, în 1948. De-a lungul anilor s-au creat la Colentina secții de boli contagioase, neurologie, dermato-venerologie, precum și diferite clinici universitare. Aici și-au desfășurat activitatea mari savanți romîni, ca Gh. Marinescu, C.I. Parhon, N.Gh. Lupu, Șt. Gh. Nicolau și alții. Actualmente, spitalul adăpostește, printre altele, Institutul de medicină internă.

coleretic, medicament de origine animală, vegetală, minerală sau sintetică, cu rolul de a mări cantitatea de bilă fabricată de ficat prin acțiunea lui directă asupra celulei hepatice. Administrarea lui se face în scopul de a drena și dezinfecta căile biliare (după operație, pentru scoaterea pietrelor din boala denumită litiază veziculară sau canaliculară hepatică), în scopul de a ușura refacerea celulelor hepatice îmbolnăvite prin hepatită epidemică sau de a antrena colesterolul din sînge (în hipercolesterolemie) și de a-l elimina prin bilă. Un flux coleretic suficient, condiționat și de eliminarea lui la timp în intestinul subțire, asigură o bună prelucrare chimică a alimentelor ingerate, o bună resorbție a principiilor alimentare necesare organismului și un bun tranzit intestinal. Scăderea lui va antrena deci o serie de consecințe pentru organism și în aceste cazuri, ca și în bolile semnalate mai sus, se utilizează medicația coleretică. Bune coleretice sînt obținute din plante: boldina din frunzele unui arbust din Chile (Boldocolin), sau anghinara (Cinarol), dar și menta, păpădia, enuperul, care au o acțiune mai slabă. Însăși bila hepatică este un excelent coleretic, prin sărurile biliare ale unor acizi organici (glicocolul și taurina), ca bila de bou, sau un acid obținut din acidul colic (Decolin). Colereticii chimici, ca Tofanul, sau salicilații sînt uneori toxici și, ca și cei sintetici, de obicei bine tolerați, se întrebuințează numai în doze bine determinate și nu pe perioade prea mari.

colesterol, substanță de natură lipoidică; se găsește în sînge (180—220 mg la mie) și în bilă. Vicierea metabolismului colesterolului a fost incriminată ca o cauză principală în apariția aterosclerozei (vezi ateroscleroză).

colibaciloză, infecție a căilor urinare provocată de colibacil. Acest germen este un microb care se găsește în mod obișnuit în intestin, fără a tulbura cu nimic funcționarea organismului. În anumite condiții însă, el poate căpăta o virulență (capacitate de îmbolnăvire) foarte mare și provoca diferite boli: diaree, colibaciloză. Printre multiplele cauze care pot provoca sau înlesni transformarea colibacilului în microb patogen (provocator de boală) notăm: constipația cronică, pietrele la rinichi, stricturile uretrale, prostata mărită, leziunile anusului sau rectului, congestia bazinului în afecțiunile ginecologice, hiperfoliculinemia. În aceste condiții, favorizante pentru el, colibacilul se înmulțește și trece din intestin în circulația sîngelui, care îl poartă la vezicula biliară și mai ales la nivelul aparatului urinar, unde dă naștere unei serii de manifestări: cistită și uretrită colibacilară, pielită, pielo-

nefrită. Semnul principal în colibaciloza acută este febra însoțită de frison: temperatura crește repede la 40—41° și frisonul se poate prelungi zile în șir. Alteori, febra este mai mică, 37—38°, durează săptămîni, ducînd la o stare de epuizare fizică. Local, bolnavii se plîng de nevoia de a urina des, de usturimi la urinat și uneori de micțiuni cu sînge (hematurie). Colibaciloza provoacă și tulburări digestive, mai ales cînd microbul se cantonează în băşica fierii sau căile biliare: greață, vărsături, dureri sub streașina costală dreaptă, constipație alternînd cu diaree, manifestări de colită. În timpul bolii pot apărea tulburări neuropsihice, deoarece colibacilul elimină o substanță toxică care atacă sistemul nervos (neurotoxină). *Tratamentul* colibacilozei este în primul rînd cauzal: se vor trata condițiile care au provocat sau înlesnit apariția colibacilozei, adică afecțiunile ginecologice sau de prostată, constipația cronică etc. Se recomandă apoi un regim alternant în care timp de o săptămînă să predomine zarzavaturile (regim alcalin), urmat de altul cu predominanța cărnii (regim acid), în așa fel ca modificările de aciditate a urinii să împiedice înmulțirea colibacililor. *Tratamentul* medicamentos cuprinde antibiotice (streptomicină, tetraciclină, cloramfenicol) și sulfamide (sulfizol), administrate după indicațiile antibiogramei practicate pe urina recoltată aseptic și supusă la urocultură. După trecerea atacului colibacilar este util să se facă o cură de apă de Olănești, Căciulata.

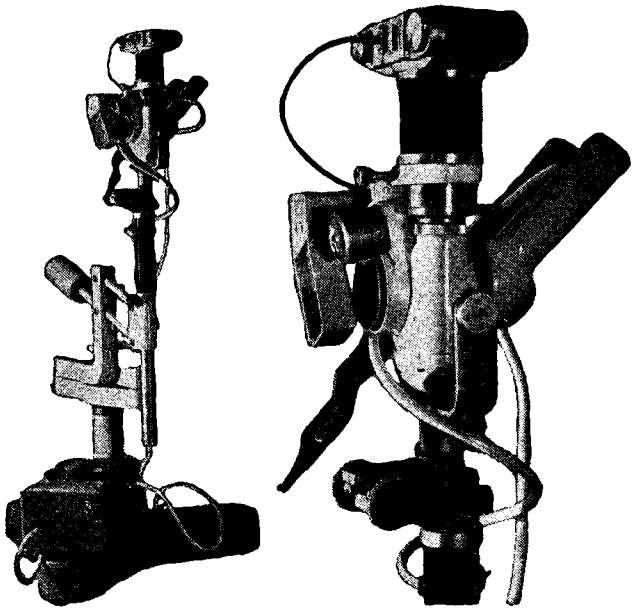
colită, inflamație a intestinului gros. Adevăratele colite, datorite unei inflamații provocate de diferiți germeni microbieni sau paraziți, sînt în număr mult mai mic de cît s-ar crede. Cele mai frecvente „colite" au ca punct de plecare o tulburare survenită în funcțiile intestinului gros (colopatie funcțională). Cercetări clinice, folosind tehnici moderne, au arătat că la baza acestor colopatii se găsesc, cele mai deoseori, o dereglare a sistemului nervos vegetativ (nevroză), o suferință de vecinătate (stomac, pancreas, ficat, colică renală, anexită) sau o boală generală (tuberculoză, debilitate generală). Sub influența acestor afecțiuni se pot produce la nivelul intestinului gros o serie de modificări, manifestate prin spasme, dilatări, tulburări de secreție (mucus) și de resorbție a toxinelor. Ca urmare, bolnavii supuși acestor perturbări vor prezenta, pe de o parte, manifestări generale cu caracter nevrotic și pe de alta tulburări digestive: dureri, balonări, greață, ghiorăituri, arsuri, regurgitații, vărsături și o alternare de constipație cu diaree. *Tratamentul* colitelor trebuie să țină seamă, în general, de trei recomandări: 1) evitarea emoțiilor repetate și a supraîncordărilor. Mesele luate la ore fixe, în condiții de destindere, masticația alimentelor fără grabă, repaus și căldură pe abdomen după fiecare masă. Trebuie să existe un raport judicios între muncă și repaus, între munca intelectuală și cea fizică (sport, plimbare); 2) în alimentația coliticului se vor evita în primul rînd sosurile, rîntașurile, conservele. Dintre alimente, nu se va abuza de lapte dulce, dulciuri concentrate, cartofi, fructe și legume crude în colitele de fermentație, sau de produse carnate în cele de putrefacție, vor fi preferate brînzeturile, carnea fiartă sau friptă la grătar, ouăle, budincile de orez sau făinoase, compoturile; 3) medicamentele (antibiotice, laxative, fermenți digestivi) se administrează numai la recomandarea expresă a medicului. Curele balneoclimaterice (Olănești, Slănic, Borsec, Sîngeorz) sînt foarte utile.

colostru, produsul de secreție al glandei mamare, începînd din luna a IV-a de sarcină pînă la 6—7 zile după nașterea copilului. Chimic, compoziția colostrului se apropie mai mult de compoziția sîngelui de cît de aceea a laptelui. Colostrul conține globule de grăsime, corpusculi granuloși descriși de Donné, corpi nucleari în formă de semilună și leucocite polinucleare. Cantitativ, conține mai multe proteine decît laptele de femeie definitiv (27 g% față de 17 g‰) și calitativ cantitatea de albumină și mai ales de globulină sînt crescute în comparație cu proporția de cazeină. Hidrocarbonatele se găsesc în proporție de 40—50 g‰ (mai puțin ca în laptele definitiv). De asemenea, lipidele sînt în cantitate mai mică (30 g‰). Compoziția grăsimii din colostru se apropie de compoziția grăsimii organismului nou-născutului (caracterizată prin bogăție în acid oleic). În schimb, sărurile minerale sînt în cantitate mai mare decît în laptele definitiv (3 g %). Valoarea calorică: 520—570 de calorii la litru (față de 650—700 de calorii la litru — în cazul laptelui definitiv). Colostrul este un aliment ușor digestibil și asimilabil, care se pare că are rol în transmiterea unor anticorpi de la mamă la copil. Reprezintă cel mai adecvat aliment al sugarului din primele zile de viață. După ziua a 6-a—a 7-a de la naștere, colostrul se transformă în lapte definitiv.

colposcopie, metodă de examinare a colului uterin care se execută cu ajutorul unui instrument optic special numit colposcop, care mărește de 10—40 de ori. Cu ajutorul acestei metode se pot aprecia mai bine întinderea și aspectul leziunilor colului uterin. Ea este de mare folos în descoperirea precoce a leziunilor suspecte de cancer, căci indică cu precizie locul de unde trebuie recoltat materialul pentru biopsie. În ultimii ani se utilizează un colposcop perfecționat, numit colpomicroscop care mărește pînă la 200 de ori. Industria optică romînească a reușit să fabrice un coloposcop de bună calitate, cu care au fost înzestrate policlinicile și spitalele de specialitate. Acest lucru a permis organizarea examinării profilactice a unui număr mare de femei și a avut ca rezultat depistarea formelor incipiente de cancer de col uterin.

Colțea (Spitalul), a început să funcționeze, la București, în primii ani după 1 700, fiind întemeiat de către spătarul Mihai Cantacuzino. Deși situat în curtea Mînăstirii Colțea, spitalul nu a fost subordonat autorităților religioase, ci conducerea sa a fost încredințată unei epi-

tropii laice, cu participarea tîrgoveţilor. Multă vreme, instituţia a păstrat caracterul unui azil în care erau adăpostiţi bolnavii cronici, mai ales cei incurabili. În secolul al XIX-lea, Spitalul „Colţea" devine un adevărat spital modern, în care se acorda gratuit asistenţă medicală la nivelul ştiinţei mondiale. În 1847, de pildă, s-a efectuat aici prima operaţie sub narcoză cu eter, la numai un an după ce Jackson experimentase anestezia cu această substanţă. La spitalul „Colţea" a deschis N. Kretzulescu, în 1842, Şcoala de chirurgia cea mică, prima instituţie bucureşteană de învăţămînt medical. Saloanele de bolnavi, laboratoarele şi amfiteatrele spitalului au fost utilizate mai tîrziu ca principală bază didactică de elevii Şcolii naţionale de medicină şi apoi de studenţii Facultăţii de medicină din Bucureşti. La spitalul „Colţea" au activat de-a lungul ultimelor decenii unii din cei mai însemnaţi reprezentanţi ai ştiinţei medicale romîneşti, ca de exemplu, C. Severeanu, Thoma Ionescu, N. Manolescu, I. Nanu-Muscel, C. Daniel, Şt. Gh. Nicolau, N. Hortolomei şi alţii. Astăzi, spitalul adăposteşte secţii de specialitate, servind drept clinici universitare.



Fotocolposcop romînesc.

comă, stare gravă caracterizată printr-un somn adînc, cu pierderea totală sau parţială a cunoştinţei, sensibilităţii, motilităţii şi conservarea funcţiilor respiratorii şi circulatorii. Ea poate fi provocată de toxice (comă barbiturică, alcoolism acut, intoxicaţie cu oxid de carbon), de „autointoxicaţie" (uremie, ciroză decompensată), de tulburări metabolice (diabet, hipoglicemie), de afecţiuni ale sistemului nervos central (hemoragie cerebrală, tumori cerebrale, traumatisme craniene). *Tratamentul* comelor se practică numai la spital.

comitet de sprijin, formaţiune obştească voluntară care funcţionează pe lîngă unităţile medicale (spitale, policlinici etc.), ca şi pe lîngă unele unităţi de prevederi sociale (cantine de ajutor popular), aducînd un ajutor preţios la buna funcţionare a acestor unităţi. Bunăoară, comitetele de sprijin de pe lîngă spitalele noastre realizează în mod organizat legătura între bolnavii internaţi şi familiile lor, ajută pe bolnavii fără familie în rezolvarea unor probleme personale, organizează difuzarea ziarelor şi revistelor în rîndurile bolnavilor, precum şi manifestări cultural-artistice pentru bolnavi, ajută spitalul — sub forma „clăcilor" — în efectuarea economică a unor mici reparaţii ale inventarului moale (cearşafuri, feţe de pernă, lenjeria de corp a bolnavilor, cîmpuri pentru sălile de operaţii etc.). În organizarea comitetelor de sprijin, o contribuţie importantă este adusă de comitetele şi comisiile de femei care activează pe teritoriul unităţii respective.

comoţie cerebrală, tulburare psihică care apare în urma traumatizării creierului prin lovituri ale capului. Lovitura poate să nu ducă la plăgi (leziuni în afara creierului sau în substanţa nervoasă, ci la tulburări circulatoare care constituie cauza principală a comoţiei cerebrale, dilatarea vaselor sanguine cerebrale, edem (inhibiţia cu serozitate a creierului), hemoragii punctiforme, creşterea presiunii lichidului cefalorahidian. Ca urmare, imediat după traumatism, bolnavul îşi pierde conştiinţa, apar vărsături, încetinirea pulsului etc. La revenirea conştiinţei, bolnavul are dureri mari de cap, ameţeli, tulburări mari de memorie. Ameţelile, durerile de cap şi tulburările de memorie pot persista luni de zile. *Tratamentul* caută să diminueze sau să înlăture modificările apărute în creier. Se recomandă repaus absolut la pat, cîteva săptămîni după traumatism, medicamente pentru diminuarea edemului cerebral (soluţii hipertonice injectate intravenos, somnifere, calmante). Bolnavul îşi va relua activitatea numai cu avizul medicului.

complex B — vezi vitamină.

compresă, bandaj aplicat în scopuri curative. Există comprese uscate şi umede (reci şi termogene). Compresa uscată se face din cîteva straturi de tifon sterilizat şi vată, care se leagă peste partea lezată (în arsuri, plăgi, con-

tuzii) pentru a o feri de infecţii şi excitaţii externi. Compresa umedă: a) rece — o bucată de pînză moale împăturită şi muiată în apă rece; se aplică pentru scurt timp pe partea bolnavă în diverse procese patologice sau contuzii; b) compresa termogenă provoacă o dilatare durabilă a vaselor sanguine, mărind afluxul de sînge spre piele şi spre ţesuturile mai profunde, ceea ce contribuie la resorbţia focarului de inflamaţie, sau grăbeşte colectarea puroiului şi are un efect analgezic (calmant al durerii) în dureri musculare. Pentru compresa termogenă se ia o bucată de pînză împăturită de cîteva ori sau un prosop, se udă cu apă la temperatura camerei şi se stoarce bine. Pînza umedă se aplică pe locul bolnav şi se acoperă cu o bucată de gutapercă sau hîrtie de pergament, care trebuie să fie ceva mai mare decît pînza. Peste gutapercă se pune un strat gros de vată, molton sau ceva de lînă pentru menţinerea căldurii care se produce sub compresă. Acest strat trebuie să fie de asemenea mai mare ca cel precedent. Deasupra se aplică o faşă în aşa fel, încît compresa să adere la corp, să nu se deplaseze, dar să nu jeneze pe bolnav. Compresa termogenă pe torace trebuie să acopere şi vîrfurile plamînilor, iar bandajarea se va face peste umeri, pentru a evita alunecarea ei în jos. Compresa termogenă se ţine 10—12 ore. După scoaterea ei, pînza trebuie să fie caldă şi umedă.

condiţionarea aerului, tratarea aerului, cu ajutorul unor instalaţii speciale, pentru a fi curăţat de praf şi a i se modifica temperatura şi umiditatea în raport cu cerinţele anotimpului. Instalaţiile de aer condiţionat se amenajează în săli publice (teatre, cinematografe), în întreprinderi, instituţii şi spitale, în avioane, în blocurile moderne de locuinţe etc. În timpul verii, instalaţiile de condiţionare îngăduie să se obţină în interior un aer plăcut, răcoros şi proaspăt, oricît ar fi de dogoritoare căldura de afară. În timpul iernii, ele menţin o temperatură constantă şi agreabilă, eliberînd spaţiul încăperilor de sobe sau radiatoare.

confuzie mintală, tulburare psihică care constă într-o stare de diminuare a conştiinţei, în general cu un caracter tranzitoriu. Deoarece bolnavul în stare de confuzie mintală nu are posibilitatea autocontrolului, pe fondul acesta pot să apară tulburări psihice deosebite, ca stări de vis (deliruri onirice), bolnavul acţionează ca în faţa unor fapte reale (se luptă cu persoane imaginare, fuge, ţipă), stări crepusculare, caracterizate printr-o diminuare a conştiinţei şi îngreunarea gîndirii, uneori cu stări de agitaţie psihică, de scurtă durată însoţite de mişcări care pot avea caracterul unor activităţi (acte automate) asemănătoare somnambulismului cu pierderea memoriei celor întîmplate; la revenire, sindrom Korsakov, mai ales la alcoolicii inveteraţi, apare destul de brusc, bolnavul este dezorientat, nu ştie unde se găseşte, confabulează (construieşte întîmplări ireale de a căror realitate este convins) şi poate prezenta şi o polinevrită din cauza alcoolului (vezi polinevrită). Cauzele confuziei mintale sînt foarte variate. Orice boală microbiană febrilă poate să dea naştere acestei stări (febră tifoidă, tuberculoză, septicemie). Medicamentele care au acţiune somniferă, dacă se iau la întîmplare, fără recomandarea medicului, pot cauza această stare. De asemenea, orice băutură alcoolică consumată peste măsură, insolaţia (expunerea prelungită la soare), frigul excesiv, pot provoca o stare de confuzie mintală. De asemenea, poate apărea la bolnavii denutriţi, caşectizaţi (datorită tumorilor, dificultăţilor în alimentaţie). Emoţiile puternice, munca psihică dusă pînă la surmenaj şi mulţi alţi factori pot constitui uneori cauze care să ducă la o stare de confuzie mintală. În această stare, bolnavul trebuie supravegheat, deoarece poate comite inconştient acte grave care să pună în pericol fie viaţa sa, fie a celor din jur. Pe lîngă tratarea cauzei (infecţii, intoxicaţii, lovituri craniene), se dau medicamente care liniştesc bolnavul (luminal, largactil, amital sodic) şi se asigură hidratarea, hrănirea, defecarea şi eventual sondarea vezicii urinare cînd este cazul. Acest tratament se aplică exclusiv de medic şi personal sanitar competent.

congestie pulmonară, inflamaţie a alveolelor pulmonare; adesea i se asociează şi participarea pleurei. Congestia pulmonară se aseamănă cu pneumonia, deoarece este provocată cel mai adesea de acelaşi agent microbian: pneumococul. Alteori, apare în cursul unor boli infecţioase ca pojarul, febra tifoidă, sau în cazul gripei şi chiar al tuberculozei. Boala începe uneori brusc, întocmai ca pneumonia: cu junghi puternic şi febră cu frison; de obicei, semnele sînt însă mai şterse; tusea este uscată, dar adesea se însoţeşte de o expectoraţie mucopurulentă, vîscoasă şi striată, cu firicele de sînge. Alteori boala este precedată de o stare de curbatură cu dureri în muşchi şi încheieturi, guturai, ea este greşit etichetată atunci drept o „stare gripală". În general, evoluţia congestiei pulmonare este scurtă, de la cîteva zile pînă la două săptămîni. Trebuie avut însă grijă ca ea să nu mascheze un început de tuberculoză pulmonară cu evoluţie torpidă şi de aceea bolnavul de congestie pulmonară trebuie urmărit un timp şi revăzut radioscopic înainte de a-şi relua munca. Tratamentul constă în: repaus la pat, ventuze, prişniţe sinapizate, infuzii expectorante (de tei, poligală), aspirină şi piramidon. Un tratament cu antibiotice (penicilină) este necesar de cele mai multe ori.

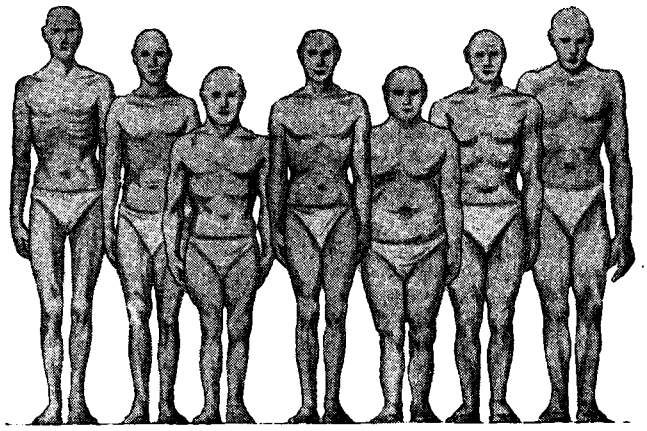
conjunctivită, inflamaţia conjunctivei, membrana mucoasă care căptuşeşte pleoapele pe faţa lor internă şi se răsfrînge pe globii oculari. Mai importante din punctul de vedere al urmărilor pe care le pot avea dacă nu sînt tratate, menţionăm: a) *conjunctivita gonococică* : sinonim cu oftalmia gonococică — inflamaţia acută, purulentă, a mucoasei conjunctivale provocată de gonococi. Se întîlneşte mai des la

nou-născuți. Contaminarea se datorește trecerii prin căile genitale externe infectate. Apare după 2—5 zile de la naștere, cu edem al pleoapelor, apoi secreție purulentă abundentă. Apariția conjunctivitei purulente după 7—8 zile face puțin probabilă infecția cu gonococi. Prin cicatricele corneene întinse dădea un mare număr de orbi, alături de trahom (conjunctivită granuloasă). Azi, prin măsurile profilactice adresate mamei, prin instilarea profilactică în fundul de sac conjunctival al nounăscutului (după ștergerea pleoapelor de secreție) a cîtorva picături de soluție proaspătă de nitrat de argint 1%, afecțiunea este rară. Tratamentul cu sulfamide și antibiotice, local în instilații și general, ca și spălături cu hipermanganat de potasiu 1/6 000 duc la vindecarea bolii, fără urme. La adulți, conjunctivita este unilaterală, gravă, iar infecția se face prin ștergerea ochilor cu mîna murdară de secreție. De aceea, bolnavul de gonoree este dator să respecte o igienă riguroasă, să-și spele mîinile cu apă și săpun și să evite ducerea mîinilor la ochi; b) *conjunctivita granuloasă* (trahom), infecție cronică a conjunctivei caracterizată prin îngroșarea mucoasei, prezența de noduli (granule, foliculi) și cicatrice. Cunoscută încă din antichitate, se transmite prin secreție, care a ajuns pe mîini, prosop, batiste, perne, lighean comun de spălat. Cauza este un virus filtrant. Răspîndirea bolii este mai mare acolo unde condițiile de trai sînt rele, unde lipsesc măsurile sanitare, cît și în aglomerări. De aceea este mult răspîndită în țările înapoiate din punct de vedere economic. Netratarea duce la orbire prin propagarea bolii la cornee. Azi, conjunctivita granuloasă aproape a dispărut în țara noastră, datorită măsurilor profilactice și terapeutice, creșterii nivelului de trai și răspîndirii cunoștințelor de igienă colectivă și personală. Profilaxia trahomului cuprinde o serie de măsuri care urmăresc în primul rînd depistarea, izolarea și tratarea cazurilor. De aceea, sînt obligatorii controlul periodic al tuturor colectivităților (școli, cămine, tabere de pionieri) și întocmirea unei fișe personale pentru cei bolnavi, anchete în mediul din care provin, precum și internarea și tratarea celor diagnosticați. O mare importanță are însușirea deprinderilor igienice din cea mai fragedă vîrstă. Tratamentul urmărește distrugerea foliculilor prin aplicarea locală și generală de antibiotice. Complicațiile la pleoape se tratează chirurgical și urmăresc redresarea pleoapelor în bună poziție.

constipație, evacuare întîrziată și insuficientă a conținutului intestinal. Bolnavul are de obicei scaune rare, la 2—4 zile, în cantitate mică. Constipația este în general o tulburare funcțională (constipația obișnuită), provocată fie de scăderea tonicității musculaturii intestinale (constipație atonă), fie de contractura acestei musculaturi (constipație spastică). Se va cerceta totdeauna dacă nu este vorba de un obstacol: stenoză intestinală, tumori. De regulă se suportă fără multă greutate; uneori însă apar tulburări provocate reflex sau prin resorbția unor produse toxice din intestin (dureri de cap, indispoziție, lipsă de apetit). Stabilirea unui program de activitate, cu alternarea judicioasă a orelor de lucru cu cele de repaus, contribuie la desfășurarea armonioasă a funcțiilor aparatului digestiv, inclusiv cea de evacuare. Respectarea orelor de masă, evitarea sedentarismului, practicarea în timpul liber a mersului și a exercițiilor de gimnastică sînt foarte utile pentru tonificarea musculaturii abdominale, atît de importante pentru evacuarea în bune condiții a intestinului. Alimentația trebuie să fie variată, cuprinzînd alimente de origine vegetală în proporție suficientă față de cele de origine animală. Din cea mai fragedă vîrstă, copiii vor fi deprinși să dea ascultare chemării naturale la scaun. Pentru refacerea reflexului de defecație se recomandă folosirea mijloacelor care stimulează motilitatea intestinului gros (un pahar cu apă rece pe nemîncate cu o linguriță de miere sau dulceață sau o țigară a cărei nicotină provoacă peristaltism intestinal). Se mai recomandă preparate din fulgi de ovăz și salate de cruditați. Fulgii de ovăz se prepară în felul următor: 2 linguri de fulgi de ovăz, lăsate să se îmbibe timp de 12 ore în 2 linguri de apă sau lapte, se amestecă, dimineața și seara, cu 1—2 mere rase, 1—2 linguriță de miere, 1—2 nuci mărunțite și 1 lingură smîntînă. Se formează o pastă consistentă, care va fi consumată dimineața și seara. Salata de cruditați se compune din 1—2 linguri din 4—5 feluri de legume crude, rase sau tăiate în felii subțiri (morcovi, varză, gulii, ridichi, ardei, roșii, salată verde etc). Se adaugă măsline și puțin ulei, oțet, sare, zahăr. Se consumă o oră înaintea meselor. Utile sînt și curele de prune uscate sau sămînță de in, puse la înmuiat. Se vor folosi cît mai puțin medicamentele și numai cu avizul medicului: lactoză, drojdie de bere crudă, magnezie calcinată.

constituție, în sens biologic, medical, modul de alcătuire a organismului din punctul de vedere al structurii și funcțiilor lui. Fiecare organism are o constituție caracterizată prin anumite elemente antropometrice (înălțime, lungimea membrelor sau a diferitelor segmente, circumferințe ori diametre abdominale, toracice, craniene), sau prin anumite valori funcționale care exteriorizează capacitatea lui de adaptare respiratorie, circulatorie, digestivă, nervoasă. Constituția organismului este determinată prin ereditate, însă diferitele caractere constituționale se modifică și corectează în timpul vieții prin acțiunea condițiilor de mediu, antrenament. O constituție robustă se poate distruge printr-o viață neigienică, prin alcoolism, sedentarism, excese de tot felul. O constituție slabă poate fi corectată prin condiții igienice de viață, alimentație bună, exerciții fizice, activitate proporțională cu posibilitățile de efort ale organismului. Starea de sănătate și

vîrsta părinților în momentul concepției, anumite medicamente sau alcoolul consumat de mamă în perioada de gestație, existența unor iradiații (după exploziile nucleare) pot duce la anomalii constituționale și chiar la nașterea unor copii anormali (vezi monștri). Diferiți



Tipuri constituționale.

autori au formulat sisteme de clasificare a organismelor umane în mai multe *tipuri constituționale* după diferite criterii: *activitatea nervoasă* (tip de sistem nervos — vezi activitate nervoasă superioară), *activitatea glandelor endocrine, dezvoltarea capului, toracelui și abdomenului, a musculaturii* etc. S-a afirmat că asemenea tipuri constituționale pot favoriza apariția și dezvoltarea unor boli. Deși între constituție și posibilitatea apariției cu frecvență mai mare a unor îmbolnăviri există anumite relații, în condiții de viață normale aceste relații nu au o importanță prea mare și influența negativă a constituției asupra stării de sănătate a individului poate fi corectată pe baze științifice. Exagerarea importanței constituției pentru determinarea stării de sănătate a indivizilor este combătută de datele cercetărilor moderne. Măsurile de asanare a mediului, de creștere a nivelului de trai, legate de construirea societății socialiste, contribuie la crearea unor condiții în cadrul cărora influența negativă a caracterelor constituționale individuale poate fi prevenită și corectată.

contagios, bolnav care fiind purtătorul unei infecții manifeste sau (sănătos purtătorul unei infecții nemanifestate ca boală) o poate transmite colectivității, prin contact direct sau indirect. Noțiunea este în mod curent aplicabilă numai bolnavilor, ca de exemplu: bolnav de febră tifoidă, de tifos exantematic, de rujeolă, care poate răspîndi boala la persoanele din jurul lui dacă nu sînt izolați și tratați. *Contagiozitate,* termen aplicabil microbilor, fiind o calitate de a trece (se ia) ușor de la bolnav la omul sănătos. De exemplu, guturaiul pe care îl putem contracta foarte ușor. Contagiunea reprezintă felul în care se face această îmbolnăvire. Ea poate fi directă de la bolnav, sau indirectă, prin intermediul obiectelor atinse anterior de bolnav. În general, bolile care se pot transmite la persoanele din jurul bolnavului sînt denumite boli contagioase și legislația noastră prevede pentru care anume dintre ele spitalizarea este obligatorie în scopul izolării și al tratamentului (indiferent dacă este o formă ușoară, inaparentă sau gravă). Această izolare trebuie făcută de la primele semne de boală bănuită a fi contagioasă, pentru a limita la maximum timpul în care bolnavul poate răspîndi microbi în jurul său. *Exemplu de boli contagioase cu internare obligatorie*: febră tifoidă, hepatita epidemică, rabie (turbare).

control periodic, efectuarea la anumite perioade de timp a unor examene medicale (examen clinic, analize de laborator, examene radiologice), în scopul de a depista din vreme și a împiedica astfel transmiterea unor boli infecto-contagioase. În conformitate cu legislația sanitară în vigoare, se face controlul periodic acelor persoane care prin natura profesiunii lor pot constitui o sursă activă de răspîndire a unor germeni. Astfel la cei ce lucrează în sectorul alimentar se fac periodic coproculturi (pentru descoperirea microbilor febrei tifoide și dizenterie), analiza Bordet-Wassermann (pentru depistarea sifilisului), radiofotografii (pentru depistarea tuberculozei). De asemenea, personalul care lucrează în instituții de copii (creșe, casa copilului, instituții preșcolare), este examinat la fiecare 3 luni, iar la intervale mai mari se fac reacția Bordet-Wassermann, radioscopii pulmonare, culturi din faringe pentru bacil difteric și streptococ.

control sanitar, metodă de bază în îmbunătățirea condițiilor igienice la locul de trai și de muncă. Controlul sanitar constă în verificarea modului în care se respectă prevederile legislației sanitare. Este de două feluri: preventiv și curent. a) *Controlul sanitar preventiv* se exercită în faza de proiectare a unor noi întreprinderi, unități alimentare, blocuri și cartiere de locuințe etc., precum și la reamenajarea sau mutarea unor secții de întreprinderi verificîndu-se dacă sînt satisfăcute cerințele igienei. b) *Controlul sanitar curent* se efectuează cu o anumită periodicitate, în obiective aflate în stare de funcțiune, cînd se consemnează deficiențele constatate și se formulează recomandări pentru îndreptare, a căror îndeplinire este obligatorie la termenele fixate. Abaterile flagrante de la prevederile legislației sanitare sau nerealizarea măsurilor recomandate se sancționează conform prevederilor legii.

Efectuarea controlului sanitar revine în primul rînd inspecției de stat pentru igienă și protecția muncii. La efectuarea lui aduc o contribuție prețioasă și cetățenii organizați în echipele de control obștesc.

contuzie, lezarea țesuturilor sau a organelor prin lovire cu un corp cu suprafață mare, cu păstrarea integrității pielii. Se prezintă sub trei aspecte: a) echimoza sau infiltrația cu sînge a țesutului conjunctiv lax, vizibilă la nivelul tegumentului prin transparența epidermei, sub forma unei pete de culoare albastră-închis; b) bosa sanguină sau constituirea unei tumefacții bine delimitate care conține cheaguri și care se întîlnește mai frecvent în contuziile capului (cucui); c) revărsatul seros datorit acumulării de plasmă sau limfă. Ca *tratament* se recomandă repaus, comprese cu apă rece, pansament compresiv. Cînd sîngele nu se resoarbe trebuie evacuat prin puncție sau incizie. În lovirile capului, cu sau fără fractură de craniu, se poate produce o contuzie a creierului cu hemoragie sau cu lezarea substanței nervoase (contuzie cerebrală); aceasta poate fi foarte gravă și de aceea orice caz de contuzie cerebrală, indiferent de starea bolnavului, trebuie trimis de urgență în serviciul de neurochirurgie sau chirurgie.

convulsii, contracții spasmodice, involuntare, ale mușchilor, care pot apărea în crize, datorită epilepsiei (cel mai frecvent), tetanosului (prin plăgi infectate cu bacilul tetanosului), hipoparatiroidiei (insuficiența funcțională a glandelor paratiroide, ca urmare a tulburării metabolismului, calciului din organism sau, prin același mecanism), în urma extirpării involuntare a glandelor paratiroide în operațiile de glandă tiroidă, stărilor febrile, intoxicațiilor, viermilor intestinali la copiii mici. *Tratamentul* se face cauzal și de la caz la caz.

coprocultură, metodă utilizată în laboratoarele de bacteriologie, prin care se însămînțează materii fecale pe diferite medii de cultură, pentru a căuta să se vadă dacă nu conțin anumiți microbi patogeni. Metoda este folosită pentru diagnostic în diferite boli infecto-contagioase microbiene în care agentul patogen este eliminat prin materiile fecale, ca de pildă în dizenteria bacilară, febra tifoidă, toxiinfecțiile alimentare, enterocolitele acute. Din materiile fecale depuse într-un vas sterilizat se recoltează o cantitate cam cît un bob de fasole, care se depune într-un vas special, închis ermetic. Acesta se trimite la laborator împreună cu toate datele necesare (numele, data, germenul care se cere a fi căutat etc.). Examenul coprologic își dovedește utilitatea și în descoperirea purtătorilor necunoscuți de germeni.

coree, boală datorită lezării unor centrii din creier care au un rol important în controlul mișcărilor. Se caracterizează prin mișcări involuntare, dezordonate, de obicei ale mîinilor și picioarelor, uneori și la cap și corp. Se deosebesc mai multe forme de coree acută, cronică, gravidică. Coreea acută, care apare mai ales la copiii ce suferă de reumatism cardiac (reumatism poliarticular acut Sokolski-Bouillaud), de obicei după o perioadă de 2—3 săptămîni de la o amigdalită sau altă boală cu temperatură. Din cauza mișcărilor involuntare, copiii merg greu, mănîncă dificil, se strîmbă continuu. *Tratamentul* este mai ales preventiv: copiii vor fi feriți de umezeală, de frig, li se vor trata focarele de infecție (dinți stricați, amigdalite criptice). Boala apărută se tratează cu antibiotice, tratarea focarelor de infecții, repaus la pat. Coreea gravidică apare la unele femei gravide care au avut în copilărie de mai multe ori crize de coree acută. *Tratamentul* este același ca mai sus; uneori, la recomandarea medicului, se poate întrerupe sarcina. Coreea cronică este o boală ereditară, apare încet și progresiv la vîrstă adultă și este însoțită și de tulburări psihice (mai accentuate decît în coreea acută). *Tratamentul* nu ajută decît la diminuarea mișcărilor involuntare și la liniștirea psihicului alterat al bolnavului.

coriză, sindrom acut caracterizat mai ales printr-o secreție nazală abundentă, strănut repetat, cu astuparea parțială sau totală a căilor nazale; cauzele care produc coriza sînt numeroase: virusuri (vezi guturai), microbi. Alteori, coriza este alergică (ca în „febra de fîn"), survenind la persoane sensibilizate pentru anumite substanțe (de exemplu polen).

coronare, nume dat unor vase de sînge care irigînd un organ, îl înconjură întocmai ca o coroană: arterele coronare ale inimii, la inimă; artera coronară gastrică, la stomac; sinusul coronar, la meninge.

coronarită (boală coronariană), termen acordat insuficienței coronariene, în general. Această boală este consecința, în cele mai dese cazuri, a aterosclerozei arterelor coronare. Se apreciază că 50% din totalul bolilor de inimă sînt datorite aterosclerozei coronariene. Alți factori determinanți ai bolii coronariene, mai rar întîlniți, pot fi aortita sifilitică, reumatismul Sokolski-Bouillaud. Profesiunile care plătesc cel mai greu tribut aterosclerozei coronariene sînt cele care impun viață sedentară și supraîncordări psihice, iar factorii care o favorizează sînt: obezitatea, diabetul, hipertensiunea. Ateroscleroza coronariană, cînd este discretă, nu dă manifestări evidente; apar cel mult unele tulburări cardiace necaracteristice, dar cu timpul nutriția insuficientă a inimii va duce la instalarea progresivă a unei *miocardoscleroze* de origine coronariană. Bolnavul acuză palpitații, dispnee și unele dureri necaracteristice în dreptul inimii. Electrocardiograma este mijlocul pentru depistarea acestor forme de suferință a miocardului. Forma dureroasă a aterosclerozei coronariene îmbracă aspectul anginei pectorale, insuficienței coronariene acute sau al infarctului miocardic. *Tratamentul* bolii este în primul rînd, cel al aterosclerozei. Simptomele supărătoare: dispnee, dureri precordiale, palpitații, se tratează cu nitroglice-

rină, rutifilin, piramidon, sedative, conform prescripției medicului. Se vor urmări prevenirea și tratarea insuficienței cardiace asociate.

corpi străini: a) *auriculari*, felurite obiecte, substanțe, organisme etc. care pot fi introduse în mod voluntar sau pătrund accidental în conductul auditiv extern. Printre cei mai obișnuiți sînt: diferite insecte, sîmburi de fructe, mărgele, pietricele, dopuri de vată, boabe de porumb și fasole, diverse substanțe acumulate la muncitorii din industrii cu multe pulberi etc. Prezența corpului străin în conduct și mai ales încercarea incorectă de a-l extrage provoacă neplăceri și uneori accidente grave. Purtătorul unui corp străin în ureche are senzație de înfundare, uneori durere și ameteli, din cauza apăsării pe timpan. Insectele dau senzații auditive violente. Nu este bine să se insiste la scoaterea unui corp străin din ureche și nici să se întîrzie prezentarea la medic. Un bob de fasole, de pildă, se poate umfla din cauza umezelii dacă rămîne mai mult timp în ureche, în care caz apar dureri violente și se îngreunează extragerea. Tratamentul constă în efectuarea unei spălături sau extragerea corpului făcută de un medic specialist. Insectele vor fi omorîte în prealabil prin introducerea unei substanțe grase (untdelemn, ulei de vaselină sau glicerină) în conduct; b) *esofagieni* orice obiect care poate pătrunde, se oprește și se fixează în lumenul esofagului. În marea majoritate, calea de pătrundere este cea naturală, prin înghițire și rareori prin străpungerea peretelui esofagian. Victimele obișnuite sînt copiii insuficient supravegheați. Cauzele favorizante sînt: strîmtori cicatriceale ale esofagului, tumori, dereglări nervoase, masticație incompletă, stare de ebrietate etc. Corpii străini cei mai des întîlniți sînt: monede, oase, sîmburi de fructe, ace, proteze dentare. Simpotmele pot fi: senzație de prezență a corpului străin, deseori durere, totdeauna greutate la înghițit, revenirea alimentelor în gură (regurgitație), dacă accidentul s-a produs în timpul mesei, uneori tuse iritativă. Dacă corpul străin stă mai mult timp reținut în esofag, toate semnele de mai sus se accentuează și în plus apare febra, care denotă o complicație inflamatoare a peretelui esofagian sau pulmonară. Pătrunderea și stagnarea unui corp străin în esofag necesită o intervenție de urgență. Tratamentul constă în extragerea corpilor străini, cu ajutorul unor pense speciale introduse prin esofagoscop, aparat cu care se pătrunde în conductul esofagian. Rareori se impune deschiderea chirurgicală, pentru a putea îndepărta un corp străin prea voluminos fixat puternic; c) *nazali*, mare varietate de obiecte pe care mai ales copiii, în joaca lor, și le pot introduce în nas. Mult mai rari la adult, sînt reprezentați mai ales de tampoane de vată introduse cu diverse substanțe medicamentoase și uitate în cavitatea nazală. În cazul corpilor străini de natură organică, aceștia au proprietatea de a se umfla în contact cu umezeala. Simptomele pe care le dau sînt: senzația de înfundare, însoțită de secreții mucopurulente, uneori sanguinolente, care se scurg din nara respectivă. Pot da naștere la complicații. ulcerații ale mucoasei, sinuzite, rinolitiază. Tratamentul constă în extragerea corpului străin efectuată de medicul specialist.

cortizon, medicament cu acțiune hormonală, obținut din glandele suprarenale, unde este secretat în mod fiziologic sub dependența sistemului nervos central, prin intermediul unui hormon al glandei hipofize ACTH (hormon adrenocorticotrophipofizar). Cortizonul trece în organism sub formă de hidrocortizon, controlînd metabolismul glucidelor și al proteinelor. Principala sa utilizare este administrarea în cazurile de insuficiență suprarenală, dar în afară de aceasta este foarte utilizat în reducereproceselor inflamatorii alergice, toxice, dismetabolice. El ameliorează starea generală alterată a bolnavilor cu stări infecțioase grave, cu prăbușirea tensiunii arteriale; se întrebuințează în reumatismul poliarticular acut, în bolile infectocontagioase, în bolile de piele (exeme întinse, pemfigus). Se utilizează și in tratamentul inițial al leucemiilor acute, în boala serului și în hepatite. Tratamentul nu este de lungă durată, deoarece prin efectele lor secundare, cortizonul, dubla retenție de lichide în organism și apariția de edeme agravează infecțiile inaparente, ulcerul gastro-duodenal și uneori dau fenomene neropsihice. De aceea, tratamentul nu este aplicabil tuturor bolnavilor, iar scăderea sării din alimentație, adăugarea de potasiu, proteine și uneori antibiotice sînt condiții care trebuie respectate în administrarea lui. Perioada de tratament cortizonic este urmată de un tratament cu ACTH pentru reducerea efectelor secundare amintite. Industria farmaceutică livrează acest medicament sub formă de Cortigen forte CIF (fiole), cu soluție de acetat de dezoxicorticosteron, supercortil CIF, de 4 ori mai activ de cît hidrocortizonul, cu administrare orală, Supercortizol cu administrare locală, perorală sau injectabil, ca și Superprednol, care este foarte activ (de circa 30 de ori mai activ de cît hidrocortizonul).

Covasna-Voinești, stațiune situată la o distanță de 29 km de Sf. Gheorghe pe linia ferată spre Bretcu. Ea se află de o parte și de alta a rîului Covasna, în curbura Carpaților, pe versantul apusean al munților Vrancei, în mijlocul unor păduri de fag, stejar și brad. Altitudinea localității este de 500 m, iar climatul este de cruțare, ușor stimulant. În stațiune se găsesc numeroase izvoare cu ape minerale carbogazoase, bicarbonatate, feruginoase, care se indică în cura internă, în boli ale aparatului digestiv, în anemii etc. Din „Balta Dracului", care se află în mijlocul stațiunii, se extrage un nămol mineral folosit pentru împachetări. În cura externă apele carbogazoase din stațiune se recomandă în bolile aparatului cardiovascular și ale sistemului nervos periferic. De asemenea stațiunea este reputată și pentru emanațiile de gaz carbonic, liber — mofete care se

prescriu la bolnavii care nu pot suporta sau nu au voie să facă băi cu ape minerale. Din staţiunile se pot face excursii în spre Sf. Gheorghe, Munţii Vrancei, Breţcu.

coxa vara, deformare congenitală sau căpătată a colului femural care este înclinat în jos, astfel că unghiul format de col cu corpul femurului (unghiul de înclinare) este micşorat; de asemenea, colul este şi retrodeviat. Boala apare mai frecvent în copilărie şi adolescenţă şi se datoreşte rahitismului sau tulburărilor de metabolism, în timpul creşterilor rapide şi al acţiunilor mecanice de împovărare în timpul muncii, precum şi altor factori încă necunoscuţi. Boala se manifestă clinic prin dureri în articulaţia şoldului şi greutate în mers, iar la examen se observă scurtarea membrului inferior. Radiografia este necesară pentru diagnostic. *Tratamentul preventiv* constă în tratamentul rahitismului. *Tratamentul curativ* este chirurgical. Cînd unghiul de înclinare a colului femural se măreşte, deformarea poartă numele de *coxa valga.*

coxită, inflamaţie a articulaţiei coxo-femurale. Poate apărea în toate bolile infecţioase (angină, febră tifoidă, pojar) sau ca localizare articulară a tuberculozei. Coxita tuberculoasă este mai frecventă la copil între 5 şi 10 ani. Infecţia se face cu bacili Koch proveniţi dintr-un focar tuberculos ganglio-pulmonar, care ajung la articulaţie pe cale sanguină. Boala se instalează lent. La început, copilul prezintă semnele generale ale infecţiei tuberculoase: este indispus, nu se mai joacă, se supără uşor, nu are poftă de mîncare, slăbeşte. Dacă se controlează temperatura, se găseşte uşor creşcută. Primul semn care atrage atenţia asupra circulaţiei este şchiopătarea, copilul obosind. Durerile la început apar în genunchi şi mai tîrziu se localizează în articulaţia şoldului; copilul nu mai doarme decît pe partea sănătoasă. Infecţia tuberculoasă atinge cartilajul de creştere şi de aceea membrul inferior de partea bolnavă rămîne mai scurt decît cel sănătos. Mişcările în articulaţie fiind dureroase, copilul reduce mişcările coapsei şi musculatura slăbeşte. Cînd există o poziţie a articulaţiei în care durerile sînt minime, de obicei în flexie, copilul fixează coapsa în această poziţie şi articulaţia rămîne în această poziţie vicioasă, care antrenează modificări secundare ale coloanei şi ale bazinului. Infecţia tuberculoasă formează abcese reci, care pot fistuliza la piele. De obicei însă, diagnosticul se pune la început, cînd din cauza şchiopătării la oboseală se face o radiografie a bazinului cu articulaţiile coxo-femurale; pe baza acestei radiografii se pune diagnosticul. Boala este gravă prin deformările pe care le produce. Măsurile de profilaxie a tuberculozei în general şi tratamentul actual al leziunilor pulmonare au făcut să scadă foarte mult coxita tuberculoasă. În cazurile de coxită diagnosticată precoce, *tratamentul* actual reuşeşte uneori să obţină vindecări fără anchiloză. El constă în medicamente antituberculoase şi imobilizare, uneori artrodeză. În cazurile mai avansate, vindecarea se obţine cu preţul unei anchiloze, tratamentul constînd, pe lîngă medicaţia antituberculoasă, în imobilizare timp de 1—2 ani, uneori intervenţie chirurgicală.

Coxsackie, grup de virusuri, foartea asemănătoare cu virusul poliomielitei, răspîndite în toată lumea, transmise tot pe cale digestivă eliminate prin materii fecale. În general, provoacă la om boli cu evoluţie benignă (herpangină, mialgie epidemică, meningite acute boli febrile cu exantem). Rareori pot determina şi paralizii, asemănătoare cu cele din poliomielită care evoluează benign. La nou-născut pot produce o miocardită acută gravă. În toate aceste îmbolnăviri, virusul se poate izola din materiile fecale în laboratoare de inframicrobiologie.

creme, forme de administrare a medicaţiei externe în dermatologie sau cosmetică, în care substanţa activă este incorporată în grăsimi amestecate cu apă sau soluţii apoase. Condiţia esenţială este ca grăsimile să poată încorpora apa, putîndu-se utiliza numai grăsimi de tipul lanolinei, cerii, eucerinei. Grăsimile înmoaie pielea, uşurînd pătrunderea substanţei active, şi produc un efect răcoritor, antiinflamator prin evaporarea apei. Pot fi uşor înlăturate prin spălare.

creolină, lichid dezinfectant, siropos, de culoare maron-închis, cu miros de gudron (conţine produse gudronoase şi săpun de răşină.) Nu se dizolvă în apă, dînd cu ea o emulsie, formă sub care se foloseşte la dezinfecţie în concentraţie de 3—5%. Are o bună acţiune bactericidă (omoară majoritatea microbilor) şi este rău mirositoare. Se întrebuinţează mai frecvent la dezinfecţia closetelor, în special a celor publice.

creştere, dezvoltarea înălţimii, greutăţii şi volumului corpului în general şi a părţilor sale componente. Durata în care organismul creşte sub aspectul indicilor amintiţi se numeşte *perioadă de creştere.* Ea durează de la naştere şi ia sfîrşit către vîrsta de 20—25 de ani, fiind în general, mai scurtă la fete în comparaţie cu băieţii. *Creşterea în înălţime* (lungime, talie) este inegală în cursul perioadei de creştere. Faţă de lungimea la naştere, înălţimea adultului este de circa 3,5 ori mai mare. Dezvoltarea în lungime este invers proporţională cu vîrsta. În primele două luni după naştere, talia creşte cu 8—9 cm, iar în următoarele 10 luni, cu circa 12 cm. În următorii 3—4 ani, creşterea este de circa 6—7 cm pe an, iar ulterior se menţine la 5—6 cm pe an, diminuînd treptat către sfîrşitul perioadei de creştere, care coincide cu începutul perioadei adulte. În perioada de 15—17 ani apare o accelerare de

scurtă durată (10—18 luni) a creşterii. Pentru urmărirea procesului de creştere în înălţime există tabele alcătuite pe baza unor studii statistice:

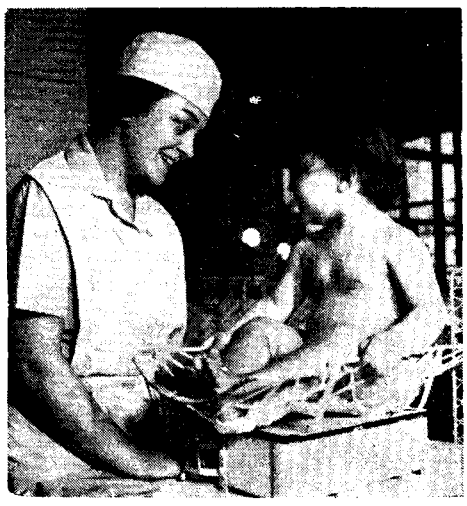
Vîrsta	Talia	Vîrsta	Talia	Vîrsta	Talia
1 lună	0,55 m	1 an	0,80 m	12 ani	1,33 m
2 luni	0,58 m	2 ani	0,90 m	13 ani	1,37 m
3 luni	0,61 m	3 ani	0,97 m	14 ani	1,45 m
4 luni	0,64 m	4 ani	1,00 m	15 ani	1,53 m
5 luni	0,66 m	5 ani	1,03 m	16 ani	1,59 m
6 luni	0,68 m	6 ani	1,10 m	20 de ani	1,66 m
7 luni	0,70 m	7 ani	1,13 m	25 de ani	1,70 m
8 luni	0,72 m	8 ani	1,16 m	30 de ani	1,72 m
9 luni	0,74 m	9 ani	1,19 m	50 de ani	1,71 m
10 luni	0,76 m	10 ani	1,25 m	70 de ani	1,69 m
11 luni	0,78 m	11 ani	1,30 m		

Datele din tabel reprezintă un exemplu al ritmului de dezvoltare în lungime a unei persoane de înălţime medie (1,72 m adult). Faţă de aceste cifre pot exista variaţii în plus sau în minus. Abaterile mari de la cifrele prezentate trebuie supuse avizului medical şi eventual tratate. *Creşterea în lungime* a corpului se face în special prin alungirea oaselor extremităţilor (vezi os) şi pare a fi mai intensă vara. *Creşterea în greutate* de la naştere la vîrsta adultă este de aproximativ 20 de ori. Pînă la vîrsta de un an, băieţii şi fetele au o creştere ponderală asemănătoare. Ulterior apare o diferenţiere a creşterii în greutate, aceasta fiind de obicei mai intensă la băieţi comparativ cu fetele. După căsătorie, după naşterea primului copil, după menopauză există la femeie o tendinţă de îngrăşare, fapt care impune o supraveghere ponderală mai accentuată în aceste perioade.

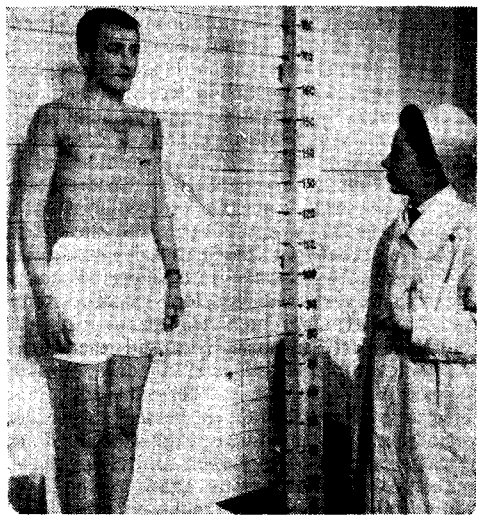
Alimentaţia excesivă şi viaţa sedentară au drept consecinţă o creştere ponderală exagerată. Unele boli pot determina de asemenea îngrăşarea exagerată (vezi obezitate) atît la bărbaţi, cît şi la femei. Creşterea se însoţeşte de unele *modificări de proporţie* ale corpului. Astfel la nou-născut capul reprezintă cam 1/4 din lungimea corpului, iar jumătatea corpului se află deasupra ombilicului. La vîrsta de 3 ani, capul reprezintă 1/5 din înălţime, iar jumătatea corpului se află puţin sub ombilic. La vîrsta de 8 ani, capul reprezintă 1/6, la 12 ani 1/7, iar la adult aproximativ 1/8 din înălţime, jumătatea corpului fiind la aceste vîrste sub ombilic, puţin deasupra regiunii pubiene. Organele corpului cresc de asemenea în proporţii diferite; astfel, de la naştere pînă la vîrsta de 25 de ani, faţă de greutatea totală a corpului care creşte de circa 20 de ori, creierul creşte de 4 ori, ficatul de 9 ori, splina de 13 ori, rinichii de 14 ori, plămînii de 17 ori, inima de 20 de ori şi intestinul de circa 30 de ori. *Creşterea de volum* a corpului

Vîrsta	Băieţi	Fete	Vîrsta	Băieţi	Fete
1 lună	3,7 kg	3,7 kg	5 ani	16,7 kg	15,5 kg
2 luni	4,5 kg	4,5 kg	6 ani	18,0 kg	16,7 kg
3 luni	5,3 kg	5,3 kg	7 ani	20,1 kg	18,4 kg
4 luni	6,0 kg	6,0 kg	8 ani	22,2 kg	19,8 kg
5 luni	6,5 kg	6,5 kg	9 ani	24,0 kg	22,4 kg
6 luni	7,0 kg	7,0 kg	10 ani	26,1 kg	24,2 kg
7 luni	7,5 kg	7,5 kg			
8 luni	7,9 kg	7,9 kg	12 ani	31,0 kg	30,8 kg
9 luni	8,3 kg	8,3 kg	14 ani	38,5 kg	38,1 kg
10 luni	8,6 kg	8,6 kg	16 ani	53,4 kg	44,4 kg
1 an	9,5 kg	9,3 kg	18 ani	61,2 kg	53,1 kg
2 ani	12,0 kg	11,4 kg	20 de ani	65,0 kg	54,4 kg
3 ani	13,2 kg	12,4 kg	25 de ani	68,3 kg	55,0 kg
4 ani	15,0 kg	14,1 kg	30 de ani	69,0 kg	55,1 kg

urmează în general modificările amintite de înălțime și greutate. La naștere, volumul abdomenului este predominant față de cel al toracelui, capului și extremităților. Pe măsura înaintării în vîrstă, dimensiunile toracelui și ale membrelor cresc mai mult de cît volumul abdomenului. În cazuri de îngrășare exagerată (obezitate), la copiii rahitici, volumul abdomenului poate apărea mult mărit în comparație cu al celorlalte părți din corp. Proporțional cu dezvoltarea musculaturii *crește forța musculară a individului*. Față de ceilalți indici, forța musculară are un grad de dezvoltare mai intens abia la pubertate. Se apreciază că la vîrsta de 6 ani, copilul are în medie jumătate din forța musculară pe care o are adultul. *Modalități de apreciere a procesului de creștere*. Creșterea ponderală se apreciază prin cîntărire cu ajutorul cîntarelor obișnuite pentru adulți sau în cazul copiilor mici cu cîntare special amenajate. Creșterea în înălțime se apreciază cu ajutorul unor tije de lemn sau metal gradate în centimetri atașate de obicei cîntarelor medicale. Dezvoltarea volumetrică a corpului se apreciază prin măsurarea circumferințelor la diferite niveluri (cap, gît, torace, abdomen, membre) și exprimarea acestor circumferințe în centimetri. Măsurarea forței musculare se poate face cu un aparat numit dinamometru, care constă într-o lamă de oțel ovală rezistentă la turtire. Prins în mînă, aparatul este turtit corespunzător forței musculare, iar gradul de turtire este înregistrat pe un cadran special al aparatului. Creșterea indicilor amintiți în cursul perioadei de creștere se face prin înmulțirea celulelor fiecărui organ, cu excepția sistemului nervos, la care se înregistrează o creștere volumetrică nu prin înmulțirea celulelor, ci prin dezvoltarea în lungime și grosime a numărului de celule existent la naștere. În unele cazuri se poate înregistra o creștere volumetrică a unui organ cavitar fără modificarea numărului de celule pe care îl are. Acest fenomen poartă numele de dilatație (vezica biliară, inima, se dilată în timpul umplerii și își mic-



Controlul creșterii în greutate



Măsurarea creșterii în înălțime

șorează volumul după golire). Alteori, unele organe musculare, după o activitate intensă și îndelungată, pot crește volumetric și ponderal, fără creșterea numărului de celule musculare. Acest fenomen se numește hipertrofie și se întîlnește în mod curent la sportivi, la care musculatura este mult dezvoltată.

cretinism, tulburare gravă psihică constînd într-un deficit mintal, consecință a unei tulburări glandulare (endocrine) la bolnavii care au gușe cu insuficiența glandei tiroide, ce duce la boala numită mixedem. Această boală apare în urma lipsei de iod din alimente și apă, din cauza unei alimentații insuficiente și a altor factori; dacă nu se tratează la timp duce la degradare psihică, ce poate merge de la debilitatea mintală, pînă la idioție (vezi oligofrenie).

criptorhidie (ectopie testiculară), oprirea testiculului în orice parte a traiectului de coborîre. Embrionar, glanda germinală masculină (testiculul) se dezvoltă în regiunea lombară, de unde migrează în scrot. Coborîrea se face în perioada de dezvoltare intrauterină, pînă în luna a IX-a și este influențată de acțiunea hormonilor. Dacă testiculul nu coboară pînă la pubertate, el poate suferi un proces de atrofie; de asemenea s-a observat apariția cancerului în acest testicul ectopic. Ca *tratament* se utilizează hormonul hipofizar Prolanul, iar dacă totuși nu coboară pînă la 10—11 ani se indică intervenția chirurgicală, care urmărește eliberarea testiculului și fixarea lui în scrot.

Crucea Roșie, înființată în Romînia în anul 1876, a devenit în anii puterii populare o orga-

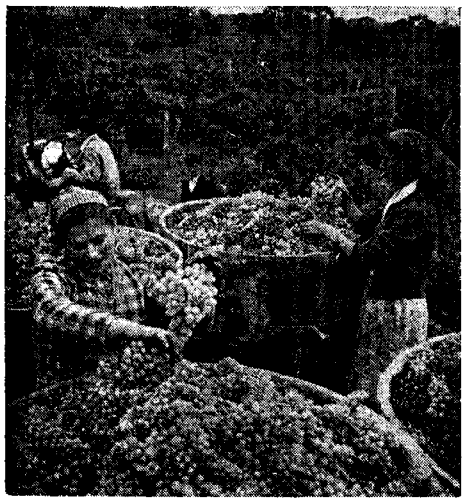
nizație largă de masă, cu caracter obștesc voluntar, avînd ca scop antrenarea oamenilor muncii la opera de ocrotire a sănătății, la întărirea apărării sanitare a Republicii Populare Romîne, precum și la acordarea de ajutor populației care a suferit de pe urma calamităților naturale și a operațiunilor militare. Crucea Roșie a R.P.R. este organizată pe baza centralismului democratic. Organul suprem de conducere este Congresul Crucii Roșii. Activitatea curentă este coordonată de organe de conducere alese: Comitetul Central al Crucii Roșii și — pe teritoriile administrative — comitetele regionale, raionale și orășenești ale Crucii Roșii. Cuprinderea largă a maselor este asigurată prin organizațiile de bază — secțiile de Cruce Roșie — care activează în întreprinderi și instituții, pe șantiere, în gospodăriile agricole de stat și colective, în cartierele orașelor, în școli, într-un cuvînt pretutindeni unde trăiește și muncește populația țării noastre. Numărul membrilor Crucii Roșii se ridică azi în toată țara la aproape trei milioane de persoane adulte și peste un milion și jumătate de școlari. Crucea Roșie desfășoară o activitate susținută de educație sanitară, prin cursuri sanitare de masă, conferințe, concursuri de întrebări și răspunsuri, prin editarea de broșuri, tracte, pliante, afișe, precum și a revistei ilustrate „Sănătatea". Sutele de mii de activiști sanitari ai Crucii Roșii activează în mod organizat în zecile de mii de formațiuni ale organizației (vezi grupă sanitară), avînd prilejul să-și manifeste inițiativa în acțiuni variate, interesante și de mare folos practic pentru sănătatea publică. Printre sarcinile de frunte ale Crucii Roșii se numără și organizarea mișcării patriotice a donatorilor de sînge. Activitatea de Cruce Roșie în școli contribuie la pregătirea unui tineret sănătos, călit fizicește, înarmat cu deprinderi trainice ale unui trai igienic. Crucea Roșie a R.P.R. este membră a Ligii Societăților de Cruce Roșie, cu sediul la Geneva, și întreține legături de prietenie și colaborare cu organizațiile de Cruce Roșie, Semilună Roșie, Soarele și Leul Roșu din celelalte țări, participînd la acțiunile de solidaritate internațională pentru ajutorarea popoarelor din diferite regiuni ale globului lovite de calamități naturale. Activitatea internațională a Crucii Roșii a R.P.R. răspunde idealurilor umanitare care au stat la baza creării organizației, la Geneva, cu peste o sută de ani în urmă și servește cauza menținerii și consolidării păcii mondiale.

crup, sindrom de obstrucție parțială sau totală a laringelui printr-un proces infecțios acut. Procesul infecțios al mucoasei laringelui care poate duce la împiedicarea trecerii aerului spre plămîni poate fi produs de agenți patogeni diferiți. Astfel, bacilul difteric se poate localiza în laringe, producînd aici pseudomembrana difterică (vezi difterie). Numeroase virusuri localizîndu-se pe mucoasa laringiană pot produce crup (virusurile gripale, paragripale, adenovirusurile); crupul produs de virusuri se mai numește și pseudocrup gripal. De cele mai multe ori, la infecția virotică laringiană se adaugă și microbi, agravînd mult boala. În special, copiii mici fac ușor fenomene de crup, deoarece au laringele mai îngust. Semnele copilului cu crup sînt: greutate mare în respirație (copilul face eforturi pentru a putea introduce în plămîni aerul necesar); din această cauză, respirația este șuierătoare, iar la fiecare inspirație se adîncesc spațiile supraclaviculare și spațiile intercostale (tiraj). Cînd obstrucția laringiană este mai accentuată, apare și învinețirea buzelor, ceea ce denotă o gravă insuficiență respiratorie. Respirațiile sînt foarte frecvente și adînci (tahipnee), dar în faza finală prin epuizarea forțelor bolnavului, ele devin mai rare și superficiale. Deseori, crupul duce la moartea bolnavului. Tratamentul trebuie făcut cît mai repede și totdeauna în spital. În afară de tratament, care combate infecția microbiană laringiană, se administrează bolnavului și sedative nervoase, care combat agitația, se umidifică atmosfera camerei cu vapori de apă. În crupul difteric se administrează și ser antidifteric. De cele mai multe ori este nevoie în plus de un tratament care urmărește înlăturarea obstacolului laringian adică urmărește ca aerul să nu mai întîmpine nici o piedică la pătrunderea în plămîni. Acest lucru se realizează prin două metode: intubație laringiană (se introduce în laringe un tub metalic special prin care pătrunde aerul), și traheotomie (se deschide traheea sub laringe și se introduce o canulă specială metalică, prin care aerul pătrunde direct în trahee, fără a mai trece prin laringe).

crustă, coajă care acoperă suprafața sau marginile plăgilor, arsurilor, leziunilor. Se formează prin uscarea sîngelui, limfei sau puroiului ajunse la suprafața pielii și rezultate din leziunile respective. Crusta protejează bine plaga de pătrunderea agenților patogeni ai infecțiilor. În cazurile cînd sub crustă se acumulează puroi, ea se îndepărtează pentru a permite o mai bună dezinfecție a plăgii. Pe măsura cicatrizării plăgii și a formării noului strat de piele (epitelizare), crusta se desprinde treptat și cade.

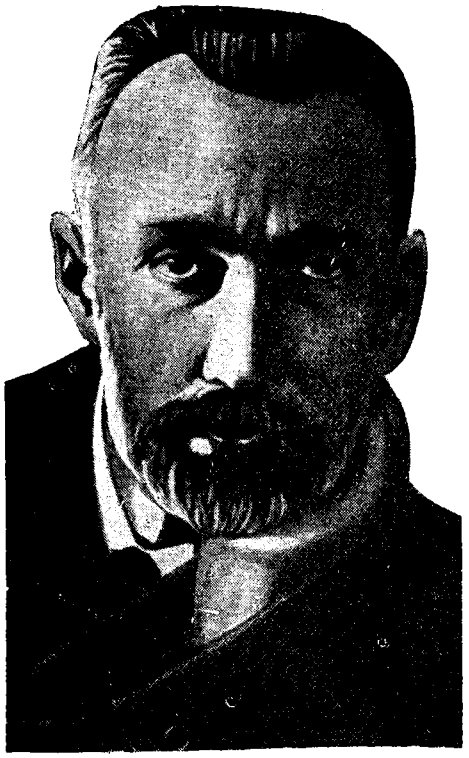
cură de struguri, metodă de tratament al diferitelor boli prin administrare de struguri în cantitate mare; se mai numește *ampeloterapie*. Strugurele este, înainte de toate, un valoros aliment energetic; 1 kg struguri produce cam tot atîtea calorii cît 1 litru de lapte (600—1000 de calorii). Miezul strugurelui conține glucide ușor asimilabile sub formă de glucoză și fructoză (de la 17 pînă la 33%), dizolvate într-o cantitate de lichid care face din strugure un excelent diuretic, capabil să ajute la eliminarea din organism a substanțelor toxice (uree, acid uric). Pentru valoarea lui calorică, bogăția lui în glucide și rolul diuretic, strugurele este indicat în alimentația denutriților (vezi *slăbire*), a celor chemați să depună eforturi mari,

a suferinzilor de ficat, de rinichi, inimă, ateroscleroză şi gută. În afară de glucide, strugurii mai conţin vitamină C, provitamină A, vitamine B_1, B_2 şi o serie de fermenţi, acizi organici (ca acidul tartric, care are o acţiune antidiareică), săruri de calciu şi de fosfor, necesare sistemului nervos pentru buna lui funcţionare şi procesului de calcificare din oase şi dinţi, fier, esenţial în fabricarea hemoglobinei cu care sînt încărcate globulele roşii, potasiu, indispensabil pentru activitatea muşchiului cardiac, şi magneziu. Cura de struguri se începe cu 0,5 kg pe zi, ajungîndu-se curînd la 2—3 kg de struguri (dacă nu există contraindicaţii medicale), serviţi în 3—5 raţii: dimineaţa, după masa de prînz şi înaintea mesei de seară. Pieliţa şi seminţele trebuie îndepărtate, iar după consumare se clăteşte gura. În cursul curei de struguri vor fi evitate mîncărurile grase, laptele crud, alcoolul. Durata acestei cure ţine 3—4 săptămîni.



La cules de struguri.

Curie Pierre (1859—1906), fizician francez, şi *Curie-Sklodowska Maria* (1867—1934), fiziciană poloneză, pionieri ai cercetărilor de radioactivitate şi radioterapie. Au descoperit radiul şi poloniul, punînd astfel, împreună cu Becquerel, bazele studiului radioactivităţii şi deschizînd perspective noi cunoaşterii structurii materiei. Soţii Curie şi Becquerel au primit Premiul Nobel în 1903. După moartea soţului său, Maria Sklodowska-Curie, fostă învăţătoare şi participantă la activitatea cercurilor revoluţionare din Varşovia, s-a ocupat de radioactivitatea elementelor chimice obişnuite şi de efectele biologice ale iradierii, creînd premisele aplicaţiilor medicale ale radioactivităţii. A fondat o mare şcoală de cercetare ştiinţifică. În 1911 a primit al doilea Premiu Nobel.



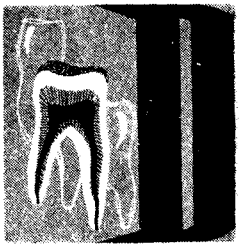
Pierre Curie

Marie-Curie-Skladowska

cursuri sanitare de masă, cursuri organizate de secţiile de Cruce Roşie în întreprinderi şi instituţii, în cartierele oraşelor şi la sate. Lecţiile, predate de medici, cuprind un ansamblu de măsuri privind alcătuirea şi funcţionarea corpului omenesc, măsurile de prevenire a îmbolnăvirilor, acordarea corectă a primului ajutor în caz de boală sau accident. Frecventarea şi absolvirea unui curs sanitar au o mare valoare practică pentru oricine doreşte să ştie mai bine cum să apere propria sănătate şi sănătatea celor care trăiesc în jurul său. Menţionăm: cursuri de igienă şi prim ajutor, cursuri de echipieri sanitari şi cursuri de îngrijire a bolnavului în familie.

Cushing Harvey William (1869—1936), neurolog şi neurochirurg american, cunoscut prin activitatea sa de pionier în domeniul chirurgiei intracraniene. Este autorul unor lucrări capitale asupra chirurgiei tumorilor creierului şi meningelor, şi asupra hipofizei. În clinica lui s-a specializat D. Bagdasar, fondatorul şcolii româneşti de neurochirurgie.

Cutzarida-Crătunescu Maria (1857—1919), prima româncă doctor în medicină. A studiat la facultăţile din Zürich, Montpellier şi Paris, susţinîndu-şi teza în 1884. A practicat obstetrica şi ginecologia, fiind solicitată să dea asistenţă şi unor bolnave din Turcia, ţară în care, la acea epocă, nu existau femei-medici. S-a preocupat de înfiinţarea de creşe pentru copiii muncitoarelor industriale şi de cămine-aziluri pentru copiii abandonaţi şi cei ai femeilor sărace.



dacrioadenită, inflamație a glandei lacrimale, caracterizată prin înroșirea și umflarea țesuturilor la nivelul pleoapei superioare, în porțiunea ei dinspre tîmplă. Se produce o colecție purulentă, care uneori se elimină la suprafața pielii. Inflamația glandelor lacrimale se poate însoți și de inflamația glandelor parotide (boala Mikulicz). În faza de colectare se vor aplica comprese calde, pentru a ușura eliminarea puroiului.

dacriocistită, inflamație a mucoasei sacului lacrimal. După modul cum evoluează această boală, deosebim: a) *dacriocistita acută*, care se manifestă prin înroșirea și umflarea țesuturilor la nivelul sacului lacrimal, adică în porțiunea de la rădăcina nasului, învecinată cu unghiul intern al pleoapelor. Ca rezultat al inflamației se produce o colecție purulentă care se elimină la suprafața pielii. Uneori este necesar să se facă o incizie pentru a ușura eliminarea puroiului. După retragerea inflamației, oriliciul prin care s-a eliminat secreția purulentă poate să rămînă deschis, constituind o fistulă a sacului lacrimal, prin care conținutul acestuia se scurge la suprafața pielii; b) *dacriocistita cronică*, care se caracterizează prin ușoară tumefiere în regiunea sacului lacrimal, însoțită de lăcrimare permanentă (epifora) și de eliminarea unei secreții muco-purulente. Apăsînd cu degetul pe zona sacului lacrimal, o parte din secreția muco-purulentă din sacul lacrimal se elimină prin punctele lacrimale, împrăștiindu-se pe conjunctiva globului ocular. Din cauza inflamației cronice, pereții canalului nazo-lacrimal se îngroașe mult și canalul se poate astupa, împiedicînd scurgerea normală a lacrimilor. În plus, prin revărsarea secreției la suprafața ochiului, corneea se poate infecta și ulcera. Pentru a evita aceste complicații și pentru a reda lacrimilor posibilitatea de a se elimina în cavitatea nazală, se practică intervenția chirurgicală denumită dacriocistorinostomie, care restabilește comunicarea între sacul lacrimal și cavitatea nazală. La nounăscuți se întîlnește uneori o dacriocistită, care se manifestă printr-o secreție muco-purulentă la nivelul unghiului intern al ochiului. Secreția este însoțită de lăcrimare și nu cedează la tratamentul medicamentos. Ea se datorește astupării canalului nazo-lacrimal cu membrane și mucozități. Printr-un sondaj al căilor lacrimale care se practică după vîrsta de 3—4 luni se reface permeabilitatea căilor lacrimale și dispare secreția.

daltonism, defect de percepere a culorilor, a cărui denumire provine de la numele fizicianului englez Dalton, care nu putea să distingă culoarea roșie de cea verde. Există o formă gravă de daltonism, denumită acromatopsie, în care nu este percepută nici o culoare. În formele obișnuite există defecțiune de percepere numai pentru o singură culoare: roșu (protanopie), verde (deuteranopie), albastru (trintanopie). Descoperirea persoanelor care prezintă asemenea defecte este necesară la alegerea unor profesiuni, ca: aviator, marinar, conducător auto, mecanic la locomotive , acar. Examinarea simțului culorilor se face cu ajutorul unor albume de culori (tabele pseudoizocromatice), cu ajutorul unor lanterne colorate, precum și cu ajutorul unui aparat denumit anomaloscop.

Danielopolu Daniel (1884—1955), clinician, fiziolog și farmacolog romîn. Studiile medicale le-a făcut în întregime în țară la Facultatea de medicină din București, unde a devenit profesor la vîrsta de 36 de ani. Clinica sa de la Spitalul „Filantropia" a fost nu numai un important centru de învățămînt al medicinei interne, dar și un centru de cercetări științifice cu renume internațional. Pentru prima dată în țara noastră, clinica și laboratorul erau organic alipite, spre folosul lor reciproc. Un mare răsunet au avut cercetările lui Danielopolu asupra mecanismului de producere și a terapiei unor boli de inimă. Metoda lui de tratament al insuficienței cardiace cu doze fracționate de strofantină a căpătat o largă extindere, iar monografia sa despre anghina de piept a fost tradusă și publicată integral, în 1927, la Leningrad.

Danielopolu a întreprins cercetări valoroase asupra reumatismului, guşei endemice şi a altor boli. El a elaborat o teorie unitară despre echilibrarea funcţiilor organismului prin intermediul sistemului nervos vegetativ. A fost

Daniel Danielopolu

Carol Davila

unul din primii semnatari ai memoriului-protest prin care intelectualii romîni cereau în primăvara lui 1944, ieşirea din aventura războinică antisovietică. În ultimul deceniu al vieţii, Danielopolu s-a consacrat studiului activităţii nervoase superioare pe linia învăţăturii lui I.P. Pavlov. A fost directorul Institutului de fiziologie normală şi patologică al Academiei R.P.R.

Davila Carol (1828—1884), medic, farmacist şi organizator sanitar romîn de origine franceză. A venit în 1853 în Ţara Romînească, fiind angajat în serviciul medical al oştirii. Încredinţîndu-i-se sarcina reorganizării acestui serviciu, Davila şi-a îndreptat atenţia către învăţămîntul sanitar militar, care trebuia să asigure cadrele necesare funcţionării infirmeriilor şi ambulanţelor. În 1855 se înfiinţează, la propunerea sa, Şcoala de chirurgie de la Mihai Vodă, care peste doi ani devine Şcoala naţională de medicină şi farmacie. Trebuie subliniată stăruinţa lui Davila de a forma din cei mai capabili elevi ai acestor şcoli cadre medicale de nădejde pentru serviciul sanitar civil şi militar. Datorită sprijinului său permanent, mulţi fii de ţărani şi modeşti tîrgoveţi au ajuns să-şi completeze studiile la universităţile din Franţa şi Italia, unii din ei devenind profesori ai Facultăţii de medicină din Bucureşti, înfiinţată în 1869. Davila a fost şeful Serviciului sanitar al Romîniei în perioada unificării administraţiilor sanitare din Ţara Romînească şi Moldova. La iniţiativa lui s-a reglementat activitatea de igienă publică din principalele oraşe ale ţării, s-a înfiinţat instituţia medicilor de arondismente (de plasă), s-au editat primele gazete medicale romîneşti („Medicul romîn" — 1859 şi „Monitorul medical" — 1862), s-a elaborat prima Farmacopee romînă (1862), s-a fondat azilul „Elena Doamna". Davila s-a preocupat de pregătirea temeinică a unităţilor sanitare romîne care au acţionat în Războiul pentru Independenţă.

DDT insecticid (diclor-difenil-tricloretan), substanţă chimică sub formă de cristale fine albe, care se dizolvă în benzină, petrol şi alţi solvenţi organici. Se foloseşte ca pulbere (10 părţi DDT şi 90 părţi talc), soluţie în petrol 1—5%, emulsii în apă, săpun cu DDT. Face parte din grupa insecticidelor de contact şi remanente, adică acţionează la simplu contact cu insectele şi persistă pe suprafaţa tratată zile sau chiar săptămîni. Nu distruge ouăle insectelor (lindinii la păduchi). Acţiunea de omorîre a insectelor se produce lent, în cîteva ore după contactul cu DDT. Are acţiune toxică asupra artropodelor (păduchi, purici, ploşniţe, muşte, ţînţari, gîndaci). Se utilizează, deci, pentru deparazitare, desmuştizare, desanofelizare.

debilitate mintală — vezi oligofrenie.

decoct, preparat farmaceutic, lichid obţinut prin tratarea drogurilor vegetale cu apă rece, apoi fierbere timp de 30 de minute, filtrarea lichidului fierbinte obţinut şi completarea cu apă pînă la greutatea dorită. Decocţia este aplicabilă vegetalelor lemnoase sau care conţin substanţe termostabile (alcaloizi, taninuri, saponine). Substanţele volatile din vegetalele friabile (frunze, ierburi, petale) se pierd prin

decocție, pentru obținerea lor fiind necesară o temperatură mai moderată a apei (infuzare).

defecație, actul prin care sînt eliminate resturile alimentelor digerate, sub formă de *materii fecale.* În intestinul gros, substanțele alimentare suferă ultimele transformări, pierzînd apă, crescîndu-și consistența și fiind supuse acțiunii bacteriilor intestinale. După adunarea lor în rect, apare nevoia de eliminare a materiilor fecale și poate avea loc defecația în felul următor: *a)* de la rectul destins prin materiile fecale adunate pleacă impulsuri nervoase în zona lombo-sacrată a măduvei spinării la *centrii nervoși ai defecației; b)* tot de la rectul destins ajung, de-a lungul măduvei, la scoarța cerebrală, impulsuri care produc senzația de *nevoie de defecație; c)* de la centrii defecației din măduvă pornesc înapoi impulsuri care produc *lărgirea sfincterului anal neted* (nesupus voinței) și *contracția rectului,* fapt care ar permite defecația, în cazul în care ea nu este împiedicată în mod voit; *d)* de la scoarța cerebrală pornesc *impulsuri descendente,* prin măduva spinării, la cel de-al doilea sfincter anal format din mușchii striați, supuși voinței. În cazul în care defecația urmează să aibă loc, impulsurile sosite produc distensia sfincterului striat, o dată cu distensia celui neted și cu contracția rectului. În cazul în care, în mod voit, împiedicăm defecația, sfincterul striat rămîne închis, iar contracțiile rectului nu pot evacua conținutul. Acest mecanism de producere a defecației prin impulsuri de la periferie către centrii nervoși și înapoi este un mecanism reflex. Deranjarea lui poate duce la apariția constipației. Prin obișnuință, reflexul de defecație poate fi educat în așa fel, încît omul să aibă scaun zilnic, la o anumită oră, în anumite condiții.

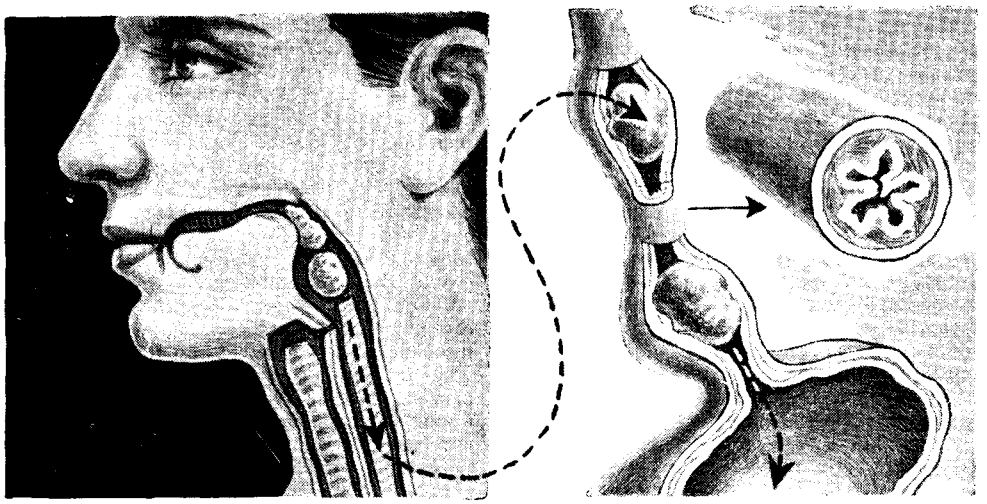
degerătură, tulburare locală și generală a organismului produsă prin acțiunea frigului.

Degerătură.

Degerăturile sînt grave prin urmările lor și sînt mai frecvente la membrele inferioare. Dintre factorii externi, frigul este cel mai important și el trebuie să acționeze un timp anumit, durata timpului de acțiune avînd mai mare valoare decît factorul de temperatură. Umiditatea, încălțămintea și hainele ude creînd un mediu prin care se pierde căldura au, de asemenea, importanță. Vîntul, care scade temperatura locală și ajută la pătrunderea frigului prin îmbrăcăminte este, de asemenea, un factor important. Factorul ajutător îl reprezintă îmbrăcămintea care nu este călduroasă sau este prea strînsă și care împiedică mișcările și circulația sîngelui în extremități. În legătură cu reactivitatea organismului (factorul intern în producerea degerăturii) s-a observat că cei cu sistemul neurovegetativ instabil, cu spasme vasculare, cu aritmii, cu tulburări sudorale, sînt mai predispuși. Degerăturile sînt de trei grade: de gradul I, caracterizate prin eritem; de gradul al II-lea, caracterizate prin flictene; de gradul al III-lea, caracterizate prin gangrenă. Clinic, cele de gradul I se caracterizează prin răcirea și paloarea pielii, datorită vasoconstricției, după care urmează vasodilatația paralitică, deci hiperemia, la care se adaugă apoi edemul. Cele de gradul al II-lea se caracterizează prin apariția la cîteva zile de la degerătură a unor flictene, care se rup și apărînd ulcerații dureroase, fără tendință la cicatrizare. Cele de gradul al III-lea se caracterizează prin gangrenă, care apare la cîteva zile de la degerătură, trecînd prin primele două grade. Degerătura se poate complica prin infecție, care agravează leziunea. Urmările pot fi foarte grave: arterită, mutilări, impotență funcțională a extremităților. Tratamentul preventiv are o mare importanță și constă în măsuri de protecție a tuturor celor care sînt expuși la frig: îmbrăcăminte largă și vătuită sau îmblănită, impermeabilă la vînt și umezeală; hrană bogată în dulciuri, făinoase și vitamine. Se vor interzice fumatul, nicotina avînd o acțiune vasoconstrictoare, și consumul de alcool care în cantități mari favorizează degerăturile, scăzînd rezistența organismului și predispunînd la imobilizare și somn. În doze mici este recomandabil, pentru că activează circulația și încălzește extremitățile prin vasodilatația activă pe care o produce. *Tratament:* încălzirea bolnavului care se va face treptat; baie de apă a extremității degerate, începînd cu o temperatură de 6—8°, care se ridică treptat; apoi se pune pansament steril, simplu sau după ungerea regiunii cu o pomadă conținînd foliculină, care este vasodilatatoare; de asemenea, infiltrațiile cu novocaină făcute în primele ore dau rezultate bune; combaterea infecției cu antibiotice. Degerăturile de gradul al III-lea necesită uneori tratament chirurgical.

deglutiție, actul mecanic prin care bolul alimentar este înghițit, ajungînd din cavitatea bucală în stomac. El cuprinde trei timpi pentru efectuarea cărora intervin organe diferite și în care bolul alimentar ocupă poziții diferite: a) *Timpul bucal,* în care limba presează bolul alimentar de boltă palatină și îl

împinge înapoi către fundul gîtului (faringe). Mişcările limbii pot fi oprite în mod voit, deglutiţia putînd fi astfel împiedicată, dacă alimentul nu a ajuns în faringe. Timpul bucal este deci timpul *voluntar* al deglutiţiei. b) *Timpul faringian*, care constă în împingerea bolului alimentar din faringe în esofag, datorită o comandă se găsesc în regiunea ponto-bulbară din sistemul nervos central. Anestezia terminaţiilor nervoase din mucoasa faringelui împiedică deglutiţia. În unele boli neurologice, cînd nu mai funcţionează centrii bulbari, înghiţitul nu se poate efectua sau nu se efectuează corect, alimentele putînd ajunge



Deglutiţie. *Stînga*: timpul bucal şi faringian; *dreapta*: timpul esofagian.

contracţiei muşchilor constrictori ai faringelui. În acelaşi timp, vălul palatin se ridică, împiedicînd frecarea alimentelor către cavităţile nazale. Laringele se ridică sub baza limbii şi epiglota coboară, astupînd glota, oprind în acest mod pătrunderea alimentelor în căile respiratorii. c) *Timpul esofagian*, în care bolul alimentar este condus prin unde de contracţii peristaltice prin esofag, către stomac. Datorită acestor unde care apar în urma conlucrării musculaturii esofagiene longitudinale şi circulare, trecerea alimentelor către stomac se poate face în orice poziţie a corpului (chiar stînd cu capul în jos) ori în condiţii de imponderabilitate, în sateliţi. O undă peristaltică apare în urma fiecărei înghiţituri (timp faringian). Din această cauză, dacă bolul alimentar rămîne în esofag, trebuie să „înghiţim în sec", pentru a produce noi unde peristaltice. Cînd înghiţim în sec, introducem în esofag o cantitate mică de salivă, astfel că de fapt tot înghiţim ceva. Timpul faringian şi timpul esofagian sînt faze nesupuse voinţei şi odată declanşate nu mai pot fi oprite. Spre deosebire de alimentele solide, lichidele nu au nevoie de unde peristaltice pentru a trece prin esofag. Datorită fluidităţii lor, acestea curg prin esofag pînă la cardia, dar trec în stomac abia cînd o undă peristaltică le ajunge din urmă şi sfincterul cardiei se deschide. Deglutiţia se produce printr-un mecanism reflex nervos. Centrii care în cavităţile nazale sau în căile aeriene (trahee, bronhii).

delir, stare psihică patologică în care se manifestă una sau mai multe idei delirante. Ideea delirantă, în psihiatrie, este convingerea falsă pe care şi-o fac unii bolnavi psihici în urma unor tulburări de gîndire despre unele fapte sau lucruri întîlnite de către aceştia. În vorbirea obişnuită li se spun incorect „idei fixe" sau „manii". Dăm cîteva exemple de deliruri (idei delirante): delir de persecuţie (în vorbirea curentă i se spune incorect „mania persecuţiei"), în care bolnavul interpretează fals discuţiile sau atitudinea celor din jurul său, creîndu-şi convingerea că aceştia uneltesc împotriva sa, delir ipohondriac, care apare la unii bolnavi psihici ce şi-au creat convingerea că suferă de cancer, sifilis etc., delir de gelozie, delir mistic, în care bolnavul se crede trimis al lui Dumnezeu, se crede sfînt etc., delir de genialitate, în care bolnavul se crede mare inventator, delir de mărire, de grandoare, incorect „grandomanie", în care bolnavul se crede persoană însemnată. Delirul este un simptom important al multor boli psihice şi de aceea aceşti bolnavi trebuie îndrumaţi la medicul psihiatru pentru precizarea cauzei delirului şi tratament, eventual internare în spital. În vorbirea obişnuită se spune incorect „delir" stării de confuzie mintală (care poate apărea la un bolnav cu febră mare).

demenţă (stare demenţială), degradare accentuată a psihicului prin leziuni multiple şi difuze ale creierului şi în special a scoarţei cerebrale, în urma unei infecţii, a unor ramolismente multiple în creier, tumori sau alţi factori. Este o sărăcire mare a gîndirii bolnavului, astfel încît acesta poate ajunge să nu mai ştie să se hrănească, urinează şi defecă oriunde se găseşte (gatism), nu ştie să se păstreze curat. Cauzele mai importante sînt: involuţia (distrugerea) progresivă a celulelor nervoase la unii bătrîni (demenţa senilă), procese degenerative cu distrugerea progresivă a celulelor nervoase în boli rare care apar la unii oameni cam în jurul vîrstei de 50 de ani (boala Pik, boala Alzheimer), ateroscleroza cerebrală, care poate duce progresiv la strîmtoarea vaselor sanguine, ceea ce face ca celulele nervoase să fie prost hrănite şi să se distrugă progresiv (demenţa aterosclerotică). Sifilisul netratat la timp uneori poate, după 5—20—30 de ani de la infecţie, să înceapă să producă leziuni ale creierului şi în special ale scoarţei cerebrale (demenţa sifilitică se numeşte paralizie generală progresivă). În vorbirea curentă, termenul de demenţă s-a extins incorect la întreaga sferă a alienaţiei mintale. Pentru prevenirea demenţei trebuie tratată cu grijă orice boală care duce la leziuni cerebrale. Cînd s-au produs leziuni cerebrale, împiedicarea tulburărilor psihice se poate face dacă bolnavul este examinat la timp de medic, care va recomanda tratamentul în raport cu cauza.

demografie, ramură a statisticii, al cărei obiect este studiul transformărilor în numărul şi structura populaţiei. O serie de indici demografici sînt exprimaţi de cifrele care redau mişcarea naturală a populaţiei: natalitatea, mortalitatea generală, excedentul natural (numărul naşterilor, minus numărul deceselor), mortalitatea infantilă, căsătoriile, divorţurile etc. O serie de indici demografici exprimă direct evoluţia stării de sănătate şi ei cunosc în ţara noastră o îmbunătăţire netă şi continuă, determinată de importantele înfăptuiri obţinute pe tărîm economic şi social-cultural (vezi mortalitatea generală, mortalitatea infantilă, durata medie a vieţii). Variaţiile în numărul populaţiei se mai pot produce şi pe baza mişcării mecanice: migrările (imigrări, emigrări). De pildă, datorită puternicii industrializări a unor teritorii din ţara noastră se produc imigrări, ceea ce face ca populaţia să crească foarte mult în aceste teritorii, într-un timp relativ scurt (apar centre industriale şi oraşe noi pe harta ţării). În ceea ce priveşte structura populaţiei interesează o serie de caracteristici, printre care: sexul, grupa de vîrstă.

deontologie medicală, teoria îndatoririlor medicului din punctul de vedere al moralei şi al responsabilităţii profesionale (vezi şi morală medicală)

deparazitare — vezi dezinsecţie.

depilator, preparat farmaceutic pentru îndepărtarea firelor de păr îmbolnăvite (ftiriază pubiană, pediculoză) sau de prisos (în cosmetică) prin distrugerea lor de la nivelul pielii (keratoliză) sau îndepărtarea lor cu bulb cu tot (administrînd acetat de taliu peroral sau extern). Substanţele keratolitice, ca derivaţii sulfurici ai bariului, calciului, stronţiului, sodiului, sînt încorporate în proporţie de 5—15% într-o pastă (talc sau oxid de zinc, plus apă sau colodium). Se aplică în strat subţire pe porţiunea de piele interesată. Se lasă o perioadă de contact de 5—20 de minute, apoi se îndepărtează şi se spală regiunea cu apă acidulată cu oţet sau acid boric, pentru evitarea proceselor inflamatorii locale. O bună depilaţie poate fi obţinută şi cu ajutorul radioterapiei locale, utilizată mai ales în sicozele perilor capului sau bărbii. Agenţii depilatori care nu distrug bulbul din piele al perilor lasă acestora posibilitatea de a se reface, dar folosirea iraţională a metodelor de depilare poate duce la alterări nedorite ale pielii.

deratizare, distrugerea şi îndepărtarea şobolanilor. Este o măsură importantă de apărare împotriva bolilor molipsitoare şi de evitare a pagubelor economice produse de aceste animale dăunătoare. În prezent se folosesc cu precădere, în deratizare, toxice moderne avînd un efect puternic asupra rozătoarelor (şobolani, şoareci) şi practic lipsite de pericol pentru animalele de curte şi pentru om. Aceste substanţe sînt distribuite gratuit, prin activiştii sanitari, cu prilejul acţiunilor generale de deratizare organizate la anumite date în oraşele mari. Pentru deratizările parţiale în gospodării se pot procura preparatele speciale aflate în comerţ sub diferite denumiri: Deratox, Ratitox, Deratin etc. Pentru a avea succes, deratizarea trebuie făcută metodic, momentele ei principale fiind următoarele: 1) pregătirea acţiunii, prin stabilirea cu precizie a căilor de circulaţie a şobolanilor; 2) aşezarea toxicului, sub formă de benzi de praf, late de circa de 20 cm, încercuind găurile, barînd drumurile de-a lungul pereţilor şi trasînd unul sau două cercuri în jurul alimentelor şi surselor de apă care servesc drept puncte de aprovizionare pentru şobolani. Scopul este ca şobolanul să vină în atingere cu praful raticid. Curăţindu-şi labele şi blana — cum are obiceiul — şobolanul înghite o cantitate de toxic suficientă pentru a-l omorî; 3) consolidarea rezultatului obţinut, prin menţinerea unei curăţenii ireproşabile, păstrarea alimentelor în condiţii care să le facă inaccesibile şobolanilor, astuparea tuturor găurilor, repararea crăpăturilor din pereţii de scîndură ai magaziilor, de la uşi şi ferestre. Menţionăm că raticidele moderne nu exclud utilizarea vechilor arme de luptă contra şobolanilor: cursele, capcanele, pisicile şi cîinii şorecari.

dermatoză, termen general folosit pentru orice îmbolnăvire a pielii. După cauzele care

le provoacă şi după împrejurările în care iau naştere, dermatozele pot fi profesionale, precanceroase, microbiene, parazitare, inflamatoare, clinice. Denumirea de dermatoze profesionale se dă acelor boli de piele apărute ca urmare a acţiunii toxice sau sensibilizante a unor substanţe cu care persoana bolnavă a venit în atingere în cursul exercitării profesiunii sale. Printre substanţele care expun mai frecvent la îmbolnăviri profesionale ale pielii sînt: uleiurile, vopselele, derivaţii petrolului, alte substanţe chimice, unele medicamente, cum ar fi streptomicina etc. Simptomele sub care se prezintă îmbolnăvirile profesionale ale pielii sînt variate şi depind de substanţa care le-a dat naştere, precum şi de mecanismul care stă la baza acţiunii lor. Astfel, unele din ele pot fi iritante pentru toţi oamenii care le manipulează, spre exemplu varul, acizii concentraţi, bazele puternice. În alte cazuri, substanţa este bine tolerată de marea majoritate a acelora care lucrează în domeniul respectiv şi chiar bolnavul însuşi a suportat-o fără cea mai mică neplăcere pînă în momentul în care a căpătat o sensibilizare specială a pielii. Din acest motiv, contactul, chiar cu o cantitate minimă din substanţa respectivă, îi provoacă o erupţie pe piele. Unele dermatoze profesionale se prezintă sub forma unei erupţii de acnee (vezi acnee), alteori ca pete roşii sau ridicături urticariene. În cazurile mai grave, leziunile se pot eczematiza, făcînd bolnavului imposibilă practicarea în continuare a profesiunii sale, cu atît mai mult, cu cît treptat simptomele se pot întinde şi la regiuni de piele care nu au venit în contact direct cu substanţa dăunătoare. Prevenirea acestor îmbolnăviri ale pielii se realizează prin folosirea, în ramurile de producţie mai expuse, a unui echipament de protecţie (salopetă, mască, mănuşi) întreţinut permanent într-o stare de curăţenie perfectă. Uneori este necesară ungerea cu pomezi protectoare a acelor părţi din piele (mîini, faţă, gît), care vin direct în atingerea cu substanţele cunoscute ca fiind sensibilizante. Tratamentul deramatozelor profesionale comportă vindecarea leziunilor apărute şi evitarea oricărui contact cu substanţa dăunătoare. În cazurile mai avansate, muncitorul este obligat să-şi schimbe locul de muncă pentru o perioadă de timp mai scurtă sau mai lungă, pînă ce dispare sensibilitatea cutanată. *Dermatozele precanceroase* sînt boli de piele care după un timp variabil se pot transforma într-un cancer al pielii. În categoria dermatozelor precanceroase intră boala Bowen, boala Paget, *xeroderma pigmentosum*, keratozele senile şi altele. Simptomatologia acestor boli este variabilă, pentru toate este însă caracteristic faptul că la un moment dat pe suprafeţele de piele bolnave se formează mici ridicături dure la pipăit, aspre, urmate de ulceraţii, care trădează formarea unui cancer. Este deosebit de important ca dermatozele precanceroase să fie diagnosticate la timp, pentru a fi tratate înainte de transformarea lor în tumori maligne.

deshidratare, stare patologică a organismului provocată de un aport insuficient sau de o pierdere excesivă de apă şi săruri minerale (electroliţi). Comele, tulburările la înghiţit (disfagie), spasmele şi stenozele esofagului sau pilorului, transpiraţiile abundente, vărsăturile sau diareele prelungite, urinările abundente (poliurie) ca în diabetul insipid, pot determina stări de deshidratare. Căile prin care se intervine în caz de deshidratare sînt: *calea orală* (pe gură), cea mai uşoară şi mai fiziologică, de preferat atunci cînd bolnavul poate înghiţi. Administrarea lichidelor se face în mod ritmic, la intervale precise în cursul zilei, pentru a nu încărca dintr-o dată nici tubul digestiv şi nici aparatul circulator. *Calea duodenală* se asigură prin intermediul unei sonde care se introduce pînă în duoden şi care se racordează la un irigator sau aparat de perfuzie, al cărui robinet se calibrează în aşa fel ca numărul picăturilor să aibă un ritm de 60—100 pe minut. Lichidele zaharate şi încălzite la temperatura corpului se absorb foarte bine pe această cale. *Calea rectală* este folosită pentru clisme „picătură cu picătură", iar *calea parenterală* (subcutanată, intramusculară sau intravenoasă), cea mai des utilizată, recurge la aparatul de perfuzie. Introducerea lichidelor de perfuzie în organism necesită o pregătire deosebit de minuţioasă a aparaturii cu care se lucrează şi o atentă urmărire a felului cum decurge perfuzia.

detartraj — vezi tartru dentar.

detergenţi, substanţe care au ca acţiune scăderea tensiunii superficiale (interfaciale). Această tensiune se manifestă la suprafaţa particulelor suspendate într-un lichid, scăderea ei permiţînd o afinitate fizico-chimică mai mare între suprafeţele de contact particulă-lichid. Intervenţia detergenţilor în scăderea tensiunii superficiale le conferă şi denumirea de substanţe tensioactive. Detergenţii pot fi: a) *anionici*, care îşi datorează proprietăţile lor tensioactive anionului pe care îl conţin în molecule. Din această grupă fac parte săpunurile de potasiu sau de sodiu (săpunul obişnuit), care sînt săruri alcaline ale acizilor graşi superiori. Întrebuinţarea lor reprezintă o măsură de igienă curentă, întrucît prin calităţile de detergenţi emulsionează grăsimea de pe piele, îndepărtînd o dată cu ea celulele descuamate, murdăria şi microbii. Pielea fiind autoprotejată printr-o reacţie acidă, iar săpunurile fiind puternic alcaline, poate rezulta o iritare sau o scădere a capacităţii de apărare a pielii, lucru ce poate fi remediat prin mărirea cantităţii de acizi graşi din compoziţia săpunurilor (pentru copii sau pentru segmentele feţei); b) *cationici* (sau săpunuri inverse), care sînt tensioactivi prin gruparea cationică (ionul de amoniu, de exemplu.) Ei nu au o acţiune iritantă asupra ţesuturilor, nu atacă

metalele şi sînt buni dezinfectanţi pentru tegumente, răni sau instrumente chirurgicale.

dezinfecţie, totalitatea operaţiunilor prin care se distrug sau se îndepărtează germenii patogeni care provoacă infecţii şi boli molipsitoare. În gospodărie, principalul procedeu de dezinfecţie — şi care contează înaintea celorlalte — este realizarea unei curăţenii perfecte, cu apă caldă din belşug, săpun şi sodă de rufe. Este, de asemenea, utilă expunerea rufăriei la razele soarelui, care au un bun efect dezinfectant. Fierberea (timp de 20—30 de minute) şi călcatul cu fierul bine încins sînt mijloace utile de dezinfecţie a rufelor de pat şi de corp. Aerisirea este utilă prin faptul că îndepărtează din interiorul locuinţei o mare parte din microbi. Ca substanţe chimice dezinfectante menţionăm: varul cloros, care se utilizează direct prin prăfuire sau în soluţie proaspătă, 1—1,5 kg la 10 litri de apă; cloramina, care se găseşte la farmacii sub formă de tablete şi se utilizează în soluţii de 0,1—10%; creolina, care se foloseşte în emulsie de 5—10% în apă, amestecînd bine pînă se formează un lichid alb ca laptele; *varul nestins,* care se foloseşte în proporţia de 1 kg la 5 litri de apă. Dezinfectante bune şi moderne sînt preparatele „Cetazolin" şi „Mercasept", care se găsesc la farmacii şi drogherii. Dezinfecţia are o mare însemnătate şi trebuie aplicată în gospodărie pe tot timpul cît există un bolnav contagios izolat acasă. În special trebuie dezinfectate: materiile fecale ale bolnavului, sputa, vărsăturile şi crustele; vesela şi tacîmurile; rufele de pat şi de corp, batistele şi prosoapele folosite de bolnav; closetul şi gunoiul. În timpul verii, cînd se răspîndesc mai uşor infecţiile digestive, este foarte indicat ca în orice gospodărie să se facă dezinfecţia în mod profilactic, în special la bucătărie, la closet şi la lada de gunoi. Procedeul de dezinfecţie a apei cel mai sigur şi mai simplu de aplicat în gospodărie este fierberea. Prin fierbere se realizează distrugerea tuturor microorganismelor. Fierberea apei devine obligatorie atunci cînd organele sanitare locale indică populaţiei necesitatea ei, în vederea prevenirii unor epidemii hidrice (dizenterie, febră tifoidă). Pentru centralele mari sau mai mici se foloseşte ca metodă de dezinfecţie clorinarea. Această metodă se bazează pe marea putere bactericidă a clorului. Apa clorinată este absolut inofensivă şi oferă o deplină siguranţă în prevenirea transmiterii infecţiilor digestive. De aceea, clorinarea apei este o metodă răspîndită azi la instalaţiile de aprovizionare din ţara noastră şi din toate ţările lumii. Clorinarea se poate folosi şi pentru dezinfecţia apei de fîntînă.

dezinsecţie, distrugerea insectelor şi arahnidelor (păianjeni) în scopul prevenirii bolilor infecto-contagioase care pot fi transmise prin aceşti vectori. În dezinsecţie se folosesc azi pe scară largă insecticidele aflate în comerţ sub diferite denumiri: D.D.T., Analcid, Detexan, Hexacloran etc. Aceste insecticide se folosesc sub formă de praf sau de soluţie. Ele au un efect remanent, adică îşi păstrează pentru mai multă vreme — dacă nu au fost îndepărtate prin spălare — capacitatea de a distruge insectele prin simplu contact. Aceste insecticide se folosesc pentru distrugerea muştelor, a purecilor, a păduchilor de cap şi de corp, a gîndacilor, furnicilor şi ploşniţelor. Operaţia de distrugere a ploşniţelor este relativ mai dificilă şi cere distribuirea cu multă atenţie a insecticidului la toate crăpăturile din pereţi şi de la duşumele (foarte bine cu ajutorul unei pensule), la pervazurile uşilor şi ferestrelor, la ramele tablourilor, la părţile din interior ale scaunelor tapisate, fotoliilor şi canapelelor, la găurile pe unde vin ţevile de apă şi firele electrice. Mai este necesar să se ţină cont că dezinsecţia, contra ploşniţelor trebuie repetată după o săptămînă, încă o dată după o lună şi din nou după trei luni, deoarece insecticidul nu are efect asupra ouălor şi trebuie distruse generaţiile noi ieşite din ouăle rămase nevătămate. La locuinţele comune (blocuri) este cel mai bine ca distrugerea ploşniţelor să se execute simultan la toate apartamentele infestate.

dezlipire de retină, desprinderea retinei de pe membrana coroidiană a ochiului. În mod normal, retina face corp comun cu coroida, care hrăneşte straturile retiniene din apropierea ei. În urma unor traumatisme sau în urma unor procese degenerative, retina se poate dezlipi de pe coroidă, iar spaţiul dintre aceste două membrane se umple cu lichid. În afara traumatismelor, o cauză frecventă a dezlipirii de retină o constituie miopia de grad înalt. De aceea, în miopiile accentuate se interzic eforturile fizice şi vizuale, căci acestea favorizează desprinderea retinei. Dezlipirea retinei produce o scădere accentuată a vederii, care la început poate fi limitată la un anumit sector al cîmpului vizual. Bolnavii cu dezlipire de retină trebuie să stea în repaus, culcaţi, şi să-şi menţină ochii imobili. Pentru realipirea retinei se practică diferite intervenţii chirurgicale. Pentru a menţine ochii imobili, înainte şi după operaţie, se recomandă pentru o perioadă de timp, purtarea unor ochelari negri, care au cîte un mic orificiu la mijloc, în dreptul pupilei (ochelari stenopeici).

dezodorizare, înlăturarea mirosului greu care se formează în locurile unde se adună reziduuri solide (gunoi) sau lichide (fecale, urină). Utile în dezodorizare sînt substanţele chimice oxidante pe bază de clor — varul cloros şi cloramina. Şi creolina are acţiune dezodorizantă, dar mai are şi propriul ei miros neplăcut. Fără îndoială că cel mai practic procedeu de combatere a mirosurilor grele este evitarea apariţiei lor, prin păstrarea curăţeniei şi îndepărtarea cît mai rapidă a tuturor resturilor care rezultă din activitatea vitală a omului şi animalelor. Mascarea mirosurilor

neplăcute prin substanțe avînd un miros mai puternic nu este recomandabilă.

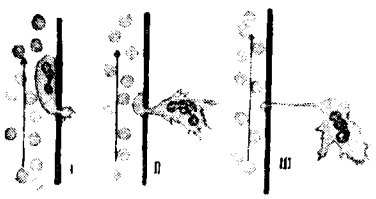
dezvoltare fizică, prețios indicator al evoluției stării de sănătate (sub influența determinantă a factorilor social-economici), alături de indicii demografici și de morbiditate. Dezvoltarea fizică se apreciază prin măsurători efectuate la copii și tineri, între 3 și 18 ani, cercetîndu-se în primul rînd înălțimea și greutatea. Cercetări ample, efectuate prin sute de mii de măsurători, demonstrează că în ultimii ani nivelul dezvoltării fizice s-a ridicat în ce privește înălțimea cu 0,2 pînă la 6,2 cm, iar greutatea cu 0,3 pînă la 5,8 kg și că procesul de creștere a acestor niveluri continuă.

diabet insipid, afecțiune caracterizată prin polidipsie (sete intensă cu consum mare de lichide) și poliurie, foarte marcate. Acest diabet traduce o tulburare în metabolismul apei, provocată de vătămarea anatomică (tumoare sau traumatism cranian) sau funcțională a glandei hipofizare și sistemului ei de reglare nervoasă. Spre deosebire de diabetul zaharat, urina acestor bolnavi nu conține zahăr și este foarte diluată.

diabet zaharat, boală de nutriție caracterizată printr-o scădere a capacității organismului de a utiliza glucoza, substanță care rezultă din alimente conținînd hidrați de carbon. Această tulburare a metabolismului (transformărilor) hidraților de carbon (sau glucide) are drept consecință creșterea cantității de glucoză din sînge peste 1,20 g la mie (*hiperglicemie*) și eliminarea ei prin urină (*glicozurie*). Există un întreg sistem glicoreglator în cadrul căruia pancreasul, prin insulina pe care o secretă, are sarcina să scadă glicemia, stimulînd utilizarea glucozei de către țesuturi. Pe de altă parte, glande ca hipofiza anterioară, tiroida și medulara suprarenală tind, dimpotrivă, să împiedice utilizarea glucozei de către țesuturi și să mărească cantitatea de glucoză pe care țesuturile o pot fabrica din albumine și grăsimi. Dacă intervine o tulburare în desfășurarea activității antagoniste a acestor glande, fie prin scăderea secreției de insulină, fie prin creșterea secreției celorlalte glande, atunci se instalează hiperglicemia, iar în urină apare glicozuria. Aceste tulburări antrenează dereglarea și altor metabolisme, cum ar fi acela al proteinelor și grăsimilor, ducînd, atunci cînd bolnavul nu se îngrijește, la acidoză și comă. Descoperirea diabetului este uneori întîmplătoare, cu ocazia unei analize de sînge sau de urină, efectuată pentru altă boală. Alteori, bolnavul se plînge de nevoia continuă de a urina, ajungînd să elimine pînă la 4—5 litri de urină în 24 de ore, de sete mare, de slăbirea forțelor și de scădere în greutate, în ciuda faptului că resimte foame și mănîncă foarte mult. Acestea sînt semnele caracteristice ale diabetului, dar de obicei alte suferințe îl aduc pe bolnav la consultație. Sînt așa-numitele „mici semne de diabet" sau unele mici complicații ale bolii, ca: eczemă, furunculoză, mîncărime vulvară, căderea dinților, diverse răni care nu se vindecă, nevralgii, tulburări de vedere, nervozitate sau lipsă de forță fizică, crampe nocturne în mușchii gambelor. Pentru acest motiv se recomandă ca în cazul semnelor de mai sus să efectuăm un examen de control al glucozei din sînge. Această recomandare este valabilă mai ales pentru persoanele obeze, al căror pancreas este de regulă mai surmenat, pentru femeile la menopauză sau cei în familia cărora s-au înregistrat cazuri de diabet. Uneori persoane care nu au știut niciodată că suferă de diabet sau au prezentat vreunul din semnele descrise sînt aduse la spital în stare de comă, care se dovedește a fi diabetică. Coma este cea mai gravă complicație a diabetului; înainte de descoperirea insulinei 50% din diabetici mureau prin comă. Primele semne care anunță instalarea unei come diabetice sînt: durerile de cap, lipsa poftei de mîncare, senzația accentuată de slăbiciune și un miros de măr putred pe care-l răspîndește respirația bolnavului. Dacă de la aceste prime semne de acidoză bolnavul nu se adresează medicului, în scurt timp se vor instala greața și vărsăturile. Bolnavul de diabet prevenit aspura semnelor și pericolului acidozei trebuie să se adreseze medicului înainte de agravarea ei. În plus, va bea la intervale de jumătate de oră cîte un pahar de apă bicarbonatată (o linguriță bicarbonat de sodiu la un litru de apă); de asemenea va putea folosi supele de zarzavat concentrate și mult sărate, precum și sucuri naturale de fructe. *Transportarea la spital rămîne însă măsura cea mai potrivită și mai urgentă. Tratament.* Un rol important în profilaxia diabetului îl are prevenirea obezității, în sensul evitării supraalimentării. Este mai ușor să vindeci obezitatea generatoare de diabet de cît să îngrijești, mai tîrziu, un diabetic. Pentru aceasta, pe lîngă Centrul antidiabetic din București a luat ființă și un Centru pentru tratamentul obezității. Trebuie, de asemenea, evitate stările de tensiune nervoasă care pot contribui la istovirea pancreasului. Trebuie recomandate un aport suficient de vitamine, viață în aer liber și evitarea sedentarismului. Depistarea precoce a diabetului, manifestat printr-o ușoară glicozurie, permite instituirea unui tratament precoce care să împiedice progresarea bolii și apariția complicațiilor. În diabetul zaharat, tratamentul are drept scop să reducă glicozuria și să aducă glicemia cît mai aproape de normal, să obțină ca bolnavul să aibă greutatea corespunzătoare și să-și execute activitatea productivă. Dacă în alte boli, tratamentul medical constituie o știință care aparține medicului, în cazul diabetului, bolnavul și familia sa sînt cei care trebuie să posede

cunoştinţe medicale suficiente despre această boală, pe care să le aplice corect în toate împrejurările. Neglijenţa tratării şi controlării diabeticului duce la menţinerea zahărului în sînge în cantităţi mari, ceea ce favorizează cu timpul instalarea în organism a complicaţiilor: coma diabetică, tuberculoza pulmonară, pierderea vederii, arterite, bolile de inimă, de rinichi. Diabetul fiind o tulburare esenţială de nutriţie, o mare importanţă în tratament o are dieta, *care nu trebuie părăsită niciodată*. Bineînţeles că această dietă este adaptată la fiecare bolnav în parte, în funcţie de forma clinică a diabetului, de vîrstă, sex, activitate. În general constă în: 1) cantitatea de glucide nu trebuie să depăşească 150 g glucide; 2) alimentele permise care conţin zahăr, ca: pîinea, cartofii, laptele, fructele, trebuie consumate numai după ce au fost cîntărite pentru a se respecta gramajul indicat. În schimb, pastele făinoase, zahărul, prăjiturile, bomboanele, legumele uscate, vinurile dulci, siropurile sînt strict interzise. Rămîn larg permise: carnea, peştele, ouăle, legumele; mai puţin grăsimile; 3) în privinţa consumului de grăsimi sînt permise cele de origine vegetală (ulei de floarea soarelui, de in, dovleac, porumb). Dintre diabetici, o treime se menţine numai cu ajutorul regimului: o altă treime nu se poate dispensa de injecţiile cu insulină şi în sfîrşit o treime beneficiază de tratamentul cu aşa-zisele sulfamide antidiabetice. Aceştia sînt de obicei diabetici la care boala a apărut tîrziu, în general după 45 de ani şi într-o formă nu prea severă. Aceste *sulfamide antidiabetice* nu lucrează de cît dacă pancreasul nu este complet epuizat, în vreme ce alte medicamente mai noi, lucrează şi în aceste condiţii dacă li se asociază o cantitate de insulină în injecţie.

diapedeză, trecerea globulelor albe (leucocite) prin pereţii capilarelor, din sînge în ţesuturi. În mod normal, acest fenomen nu are loc. În cazul în care într-un ţesut apar corpi străini sau microbi, leucocitele din vasele capilare vecine trec către locul bolnav, unde îşi exercită rolul lor de apărător prin



Diapedeză: *I, II, III* diferitele faze ale străbaterii endoteliului capilar de către un globul alb (schematic).

lupta pe care o dau cu microbii şi corpii străini existenţi. Diapedeza se face treptat prin emiterea de către leucocite a unui fals picioruş (pseudopod), care străbate primul peretele capilar. Apoi, prin orificiul existent trece toată celula şi tot prin emitere de pseudopode, leucocitul se deplasează spre ţesutul bolnav. Modificările chimice care apar în locul bolnav au o deosebită importanţă în atragerea leucocitului (fenomen numit *chimiotactism pozitiv*). Diapedeza este precedată de aşezarea către marginea capilarului a globulelor albe, fenomen numit *marginaţie*. După diapedeză, leucocitele pot înghiţa microbi sau resturi de celule distruse, fenomenul purtînd numele de *fagocitoză*. *Marginaţia, diapedeza* şi *fagocitoza* fac parte din mecanismul larg de apărare a organismului împotriva diferiţilor agenţi patogeni. Procesele amintite au fost studiate amănunţit de marele biolog rus I. Mecinikov.

diaree, dereglare intestinală manifestată printr-un număr mare de scaune lichide; apare în urma unei tulburări care priveşte funcţiile intestinului: motilitatea (peristaltismul), absorbţia sau secreţia. Un peristaltism intestinal accelerat provoacă scaune dese şi moi, deoarece nu mai dă timp conţinutului lichid din intestin să fie absorbit de mucoasa acestuia. Intensificarea peristaltismului intestinal poate surveni şi la un om sănătos, cu prilejul unei emoţii sau spaime puternice. Mai des, acest peristaltism exagerat survine în mod reflex în urma unei alimentaţii nepotrivite din punct de vedere cantitativ şi mai ales calitativ. Astfel, un exces de alimente vegetale, care din cauza celulozei pe care o conţin lasă multe resturi nedigerate (zarzavaturi, fructe, pîine bogată în tărîţe) sau grăsimile care se digeră greu stau la baza unei diaree provocate de un peristaltism intestinal activ. După cum, din cauza unei insuficiente secreţii stomacale, pancreatice sau hepatice, bolul alimentar fiind incomplet digerat irită intestinul, intensifică peristaltismul şi provoacă diaree. Alteori, diareea constituie o reacţie de apărare prin care organismul elimină din tractul digestiv produse nocive, ca în intoxicaţiile alimentare sau de altă natură. Diareea mai poate lua naştere şi din cauza împiedicării absorbţiei intestinale. Dar cel mai frecvent, diareea se datoreşte unei inflamaţii a mucoasei intestinale (enterită), provocată de diferite microorganisme şi de toxinele lor. Unele microorganisme care acţionează asupra glucidelor, descompunîndu-le, sînt responsabile de fermentaţie intestinală; alte bacterii descompun materiile proteice şi dau naştere la putrefacţie. Aceste procese de fermentaţie şi putrefacţie au loc în mod fiziologic în intestin, numai că în cursul diareelor unul dintre procese, de fermentaţie sau de putrefacţie, predomină în mod excesiv, producînd enterite şi colite de fermentaţie sau, mai rar, de putrefacţie. În diareea de fermentaţie, bolnavul se plînge de ghiorăituri în abdomen, balonări, scaune de culoare deschisă. În diareea de putrefacţie, scaunele sînt mai închise la culoare şi cu miros puternic. În cazul inflamaţiilor puternice ale întregii mu-

coase intestinale (enterocolite) sînt interesaţi de regulă toţi cei trei factori care provoacă diaree: se intensifică peristaltismul, scade absorbţia intestinală şi creşte secreţia inflamatoare de mucus. Profilaxia diareelor constă într-un regim alimentar echilibrat care să cuprindă o hrană completă, bine pregătită, servită la ore de masă regulate şi perfect mestecată. Alimentele vor fi ferite de alterare şi de murdărie; se cer curăţenia mîinilor, îngrijirea dinţilor. *Tratamentul* corect al unei diaree necesită stabilirea caracterului şi cauzelor ei, de aceea el va fi prescris de medic. Un element important de tratament este regimul; în general se exclud glucidele în diareele de fermentaţie, recomandîndu-se o hrană bogată în proteine (carne fiartă, orez, peşte, brînză de vacă); dimpotrivă, în diareele cu putrefacţie se preferă un regim de glucide (legume, fructe, făinoase).

diatermie, metodă de electroterapie care produce cu ajutorul curenţilor de înaltă frecvenţă, o încălzire profundă a ţesuturilor. Aplicarea acestei metode se face prin intermediul unor electrozi metalici, flexibili, de mărimi şi forme diferite după zona care urmează a fi tratată. Electrozii se fixează bine la piele, pentru a evita arsurile. Diatermia cu unde medii (lungime de undă de 150—300 m) se prescrie în boli ale aparatului locomotor, circulator, genito-urinar, digestiv, respirator şi ale sistemului nervos.

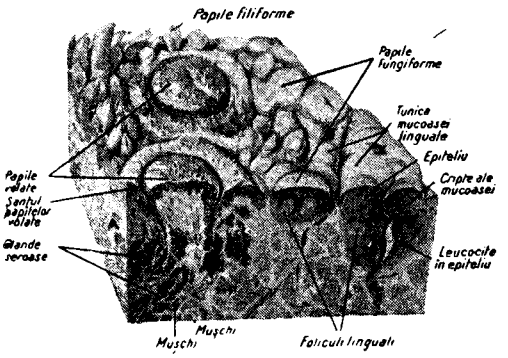
Dick (reacţia) — vezi intradermoreacţie.

dietă hidrică (cură de foame absolută), prima etapă în tratamentul dietetic al dispepsiilor acute ale sugarului, în timpul căreia copilul primeşte numai ceai sau apă fiartă şi răcită. Suprimarea temporară a alimentaţiei şi administrarea în exclusivitate a lichidelor în cantitate zilnică de 150—200 ml pe fiecare kg de greutate, corporală, timp de 12—24 de ore, are mai multe efecte favorabile în tratamentul dispepsiilor: împiedică înmulţirea germenilor intestinali prin sustragerea mediului de cultură constituit de alimente, pune în repaus intestinul, calmează vărsăturile, potoleşte setea, combate deshidratarea şi febra, favorizează diureza şi dezintoxicarea organismului. Cînd copilul varsă, lichidele se administrează cu linguriţa (o linguriţă la fiecare 5 minute) sau cu pipeta. *Nu se depăşeşte cantitatea de un litru pe zi.* În urma administrării dietei hidrice, starea generală a copilului se ameliorează simţitor, adică febra scade, vărsăturile şi diareea încetează, se opreşte scăderea în greutate. După dieta hidrică se trece la dieta de tranziţie (vezi dispepsia sugarului).

difterie, boală acută infecţioasă, şi contagioasă, caracterizată clinic prin anghină, de obicei pseudomembranoasă, şi fenomene generale toxice. Boala este produsă de bacilul difteric. Izvorul de infecţie este reprezentat de omul bolnav şi de purtătorii sănătoşi de bacili difterici. Calea de transmitere este directă, aerogenă, prin secreţiile nazo-faringiene proiectate de bolnav, dar şi indirectă, prin obiecte contaminate de bolnav cu bacili difterici, aceştia fiind destul de rezistenţi în mediul extern. Poarta de intrare în majoritatea cazurilor este nazo-faringele, producîndu-se cel mai des anghină difterică, rinită şi laringită difterică. În cazuri mult mai rare, poarta de intrare este mucoasa conjunctivală, genitală, anală sau chiar pielea (la nivelul unei plăgi). Bacilii difterici se înmulţesc şi rămîn la poarta de intrare, unde produc un exsudat caracteristic: o pseudomembrană aderentă. Toxina difterică produsă de ei se răspîndeşte în tot organismul, atingînd în special miocardul (muşchiul inimii), sistemul nervos, rinichii. Copiii mici, nevaccinaţi antidifteric, fac în special această boală. Adulţii, ca şi copiii vaccinaţi antidifteric, sînt de obicei rezistenţi la difterie. Boala apare în special în anotimpurile reci. Incubaţia este de 2—5 zile. Difteria faringiană sau angina difterică este forma cea mai frecventă. Debutul este lent, cu febră mică, oboseală, somnolenţă. În perioada de stare, bolnavul are febră, tahicardie, oboseală accentuată, febră moderată, paloare, iar în gît prezintă o anghină pseudomembranoasă; exsudatul este alb-cenuşiu murdar şi se întinde de obicei nu numai pe amigdale, dar şi pe luetă sau faringe. Ganglionii limfatici cervicali sînt măriţi de volum şi dureroşi. Angina difterică se asociază adesea cu difteria laringiană sau crupul difteric. Pseudomembranele se formează în laringe, astupînd astfel în parte sau total calea respiratorie. Copilul are respiraţia dificilă, şuierătoare, este afon, iar în cazurile grave apare şi învineţirea buzelor, semn că cantitatea de aer introdusă în plămîni este insuficientă. Crupul difteric se produce în special la copii mici care au laringele mai îngust, este foarte grav şi necesită intervenţie medicală de urgenţă. Complicaţiile cele mai importante sînt: miocardita şi paraliziile de nervi periferici. Miocardita se manifestă prin tahicardie, tensiune arterială scăzută, chiar colaps. Paralizia de văl palatin manifestată prin voce nazonată, tulburări de înghiţire, cu venirea lichidelor pe nas, este cea mai frecventă paralizie care apare cam la 7—10 zile de la debut. Difteria este o boală gravă mai ales dacă tratamentul nu s-a aplicat urgent. Diagnosticul se confirmă bacteriologic prin găsirea bacilului difteric în exsudatul prelevat din faringele bolnavului şi însămînţat pe medii de cultură speciale. *Tratamentul* trebuie aplicat cît mai urgent după începutul bolii. Orice întîrziere poate duce la moartea bolnavului. Se utilizează antibiotice (eritromicină sau penicilină) şi obligatoriu ser antidifteric, care neutralizează toxina difterică răspîndită în organism. Repausul absolut la pat este obligatoriu. În caz de crup difteric, la tratament se adaugă măsuri pentru eliberarea căilor respiratorii astupate de pseudomembrana difterică (intubaţie, adică intro-

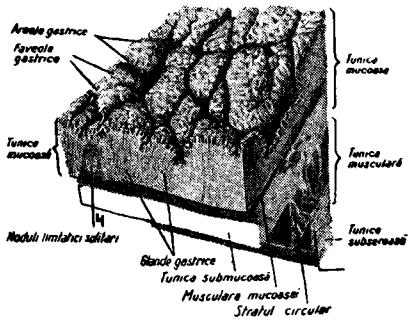
ducerea în laringe a unui tub metalic prin care aerul poate pătrunde în plămîni, sau traheotomie, adică deschiderea traheei sub laringe şi introducerea unei canule metalice pentru ca aerul să pătrundă direct în trahee). Bolnavul necesită supraveghere în spital 50 de zile de la începutul bolii. Difteria face parte din grupa A, adică este de declarare şi internare obligatorie în spitalul de boli contagioase. Pentru profilaxia difteriei, în afară de izolarea şi tratarea bolnavilor se depistează purtătorii sănătoşi de bacili diferici prin analize de laborator efectuate sistematic în anumite colectivităţi la toţi contacţii. Purtătorii sănătoşi de bacili diferici depistaţi sînt trataţi. Obiectele bolnavului, ca şi camera lui, se dezinfectează. Vaccinarea cu anatoxină diferică a tuturor copiilor este măsura cea mai eficace în profilaxia difteriei. În ţara noastră, vaccinarea antidifterică este obligatorie, făcîndu-se la toţi copiii începînd de la vîrsta de un an. Prin această măsură, numărul cazurilor de difterie a scăzut foarte mult, boala fiind pe cale de dispariţie.

digestie, totalitatea transformărilor pe care le suferă alimentele în tubul digestiv. Prin digestie, alimentele sînt transformate în elemente simple, ce pot fi absorbite în sînge şi limfă. Resturile alimentare sînt evacuate sub formă de materii fecale. Procesul de digestie constă în două categorii de fenomene: a) *fenomene fizice*, datorită cărora alimentele sînt fragmentate, amestecate cu sucurile digestive şi deplasate în tubul digestiv; b) *fenomene chimice*, datorită cărora alimentele sînt descompuse chimic în elemente simple. Ambele categorii de fenomene se completează una pe cealaltă. În diferite porţiuni ale tubului digestiv au loc fenomene digestive, însă cu



Porţiune din limbă (secţiune spaţială schematică).

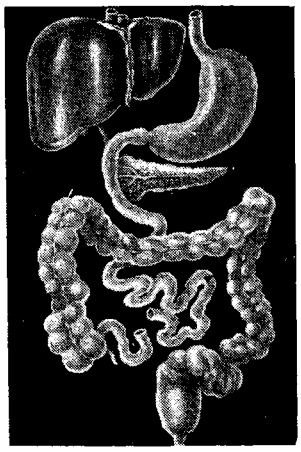
aspecte deosebite, legate de necesitatea transformărilor pe care trebuie să le sufere hrana într-o porţiune, pentru a fi şi mai bine digerată în porţiunea următoare. 1) *Digestia bucală*: a) *fenomenele fizice* constau în masticaţie, adică fragmentarea alimentelor şi în amestecul lor cu saliva. Dinţii incisivi taie, caninii sfîşie, premolarii şi molarii zdrobesc alimentele. Limba le amestecă cu saliva. Muşchii masticatori mişcînd mandibula determină acţiunea dinţilor. Buzele, prin muşchii orbiculari, închid în partea anterioară cavitatea



Peretele stomacului (secţiune spaţială schematică).

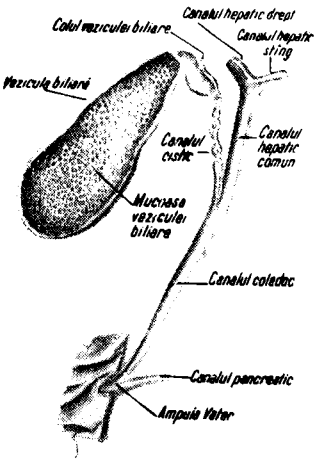
bucală, după ce tot ele au intervenit în suptul, sorbitul sau apucatul alimentelor; b) *fenomene chimice* constau în transformarea amidonului în dextrină sub acţiunea fermentului numit ptialină, conţinut în salivă. Celelalte alimente nu sînt atacate de salivă. *Saliva* este produsul de secreţie al glandelor salivare. În compoziţia ei intră: apă 99% şi substanţe organice şi anorganice 1%. Printre elementele organice sînt *ptialina* (fermentul salivei) şi *mucina* (o substanţă vîscoasă). Glandele salivare secretă saliva cu o compoziţie deosebită, după cum urmează: glandele parotide produc salivă apoasă cu mult ferment; glandele sublinguale produc salivă vîscoasă cu multă mucină; glandele submaxilare produc salivă mixtă. Secreţia de salivă este determinată pe cale reflexă; vederea, auzul sau mirosul hranei produc o secreţie salivară prin reflexe condiţionate, iar introducerea hranei în gură determină salivaţia prin reflexe necondiţionate. Alimentele supuse acţiunilor fizice şi chimice din cavitatea bucală sînt adunate şi îngrămădite cu ajutorul limbii, formîndu-se *bolul alimentar*. Acesta este alcătuit din particule alimentare alipite prin mucusul salivar şi îmbinate cu salivă. În cadrul bolului alimentar, saliva îşi continuă acţiunea ei chimică şi în esofag şi stomac, pînă ce alimentele sînt îmbibate în suc gastric. Formarea bolului alimentar este urmată de deglutiţie sau înghiţire (vezi deglutiţie). 2) *Digestia gastrică*. a) *fenomenele fizice* constau în modificări de tonus şi mişcări peristaltice. Prin modificări de tonus pereţii stomacului se destind sau se strîng, adaptîndu-se conţinutului gastric. Cînd conţinutul este mare, apare o distensie şi invers. *Mişcările peristaltice* sînt unde de contracţii ce apar la intervale scurte în special în porţiunea orizontală a stomacului şi au

ca rezultat evacuarea conținutului stomacal către duoden sau invers, către esofag și cavitatea bucală. Aceste ultime mișcări sînt numite *antiperistaltice*. Uneori, mișcările antiperistaltice ale stomacului se însoțesc de contracții bruște ale diafragmei și ale pereților abdo-



Tub digestiv: organele conținute în cavitatea abdominală.

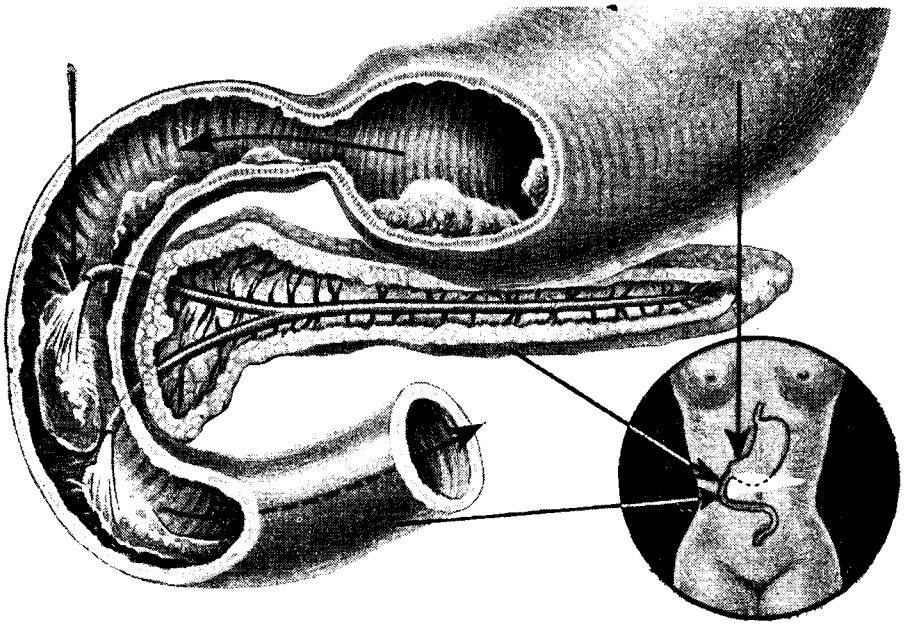
minali, avînd ca efect evacuarea rapidă a conținutului gastric prin gură. În acest caz vorbim de vomă sau vărsături. Cînd în urma contracțiilor stomacului se elimină doar gaze din stomac, vorbim de eructații (popular rîgîieli). Consecința fenomenelor fizice din stomac este amestecul alimentelor cu sucul gastric și eliminarea lor treptată în intestin; b) *fenomenele chimice*, constau în acțiunea sucului gastric asupra proteinelor și grăsimilor. Ca rezultat al digestiei gastrice, alimentele sînt transformate într-o materie păstoasă, numită chim gastric, bogat în acid clorhidric. Sucul gastric este format din 90% apă și 10% acid clorhidric, fermenți, substanțe minerale și mucus, fiind secretat în cantitate de circa 1,5 l în 24 de ore la omul adult normal. Elementele conținute în sucul gastric au acțiuni diferite: apa înmoaie bolul alimentar, ajută contactul fermenților cu alimentele și favorizează frămîntarea și evacuarea conținutului gastric; acidul clorhidric distruge microbii și bacteriile introduse prin alimentație și atacă proteinele, preparîndu-le pentru acțiunea fermenților, el ajutînd și la digestia glucidelor și favorizînd desfacerea zaharozei. Fermenții sucului gastric sînt *lipaza*, care acționează asupra grăsimilor, *pepsina*, care desface proteinele și *labfermentul*, care transformă cazeinogenul din lapte în cazeină, cu ajutorul ionilor de calciu. Mucusul are rol de protector al mucoasei gastrice față de acțiunea digestivă a sucului stomacal; *c) reglarea funcțiilor stomacului*; *motilitatea* stomacului este reglată de sistemul nervos vegetativ astfel: nervii parasimpatici provoacă contracția stomacului și deschiderea sfincterului piloric. Nervii simpatici au o acțiune inversă. *Secreția* gastrică poate fi provocată printr-un mecanism nervos și unul humoral. Introducerea alimentelor în gură provoacă printr-un reflex nervos necondiționat o secreție bogată în acid clorhidric și fermenți. Vederea, mirosul alimentelor dau secreția „psihică" printr-un reflex condiționat. *Mecanismul nervos* al secreției gastrice a fost studiat de fiziologul rus I. P. Pavlov la cîine, căruia i s-a întrerupt tranzitul esofagian prin deschiderea esofagului la piele. În acest fel, cîinelui i se putea administra un „prînz fictiv" (imaginar), care, deși înghițit, nu ajungea în stomac. Contactul alimentelor cu mucoasa stomacului produce în regiunea pilorică un hormon numit *gastrină*, care la rîndul lui provoacă o secreție de suc gastric mai puțin activă de cît secreția apărută pe cale nervoasă. d) *Evacuarea stomacului*. Cu ocazia undelor peristaltice, pilorul se deschide și o parte din chimul gastric trece în duoden. Aici alimentele produc pe cale reflexă o închidere a pilorului, pînă ce tot acidul clorhidric pe care îl conțin este neutralizat de sucul intestinal. După neutralizare, o nouă cantitate de chim trece în duoden. 3. *Digestia intestinală*: a) *fenomenele fizice* constau în *mișcările peristaltice* care fac să avanseze alimentele din intestin. Alte mișcări ale intestinului ajută amestecul acestora cu sucul intestinal, sucul pancreatic și cu bila, secretate fiecare în cantități de circa 1 în 24 de ore la adult; b) *fenomenele chimice* din



Vezicula și căile biliare extrahepatice.

intestinul subțire constau în transformările pe care le suferă alimentele sub acțiunea fermenților secretați de glandele intestinale, ficat și pancreas. În urma activității digestive din intestinul subțire, substanțele alimentare sînt transformate într-un lichid gros numit

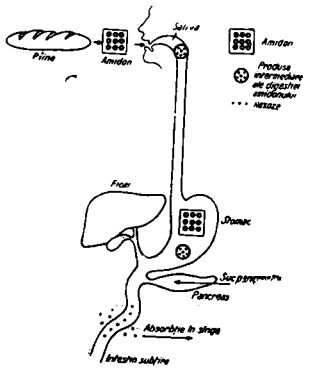
hil intestinal. Sucul intestinal este compus din *lipază, erepsină, fermenți* pentru *glucide, apă, substanțe minerale* și *mucus.* Sucul pancreatic este asemănător celui intestinal, iar bila se compune din pigmenți și săruri biliare, substanțe minerale, apă, grăsimi și mucus. În mucus, acțiunea lor digestivă fiind foarte mică. Bacteriile intestinale au însă o acțiune importantă asupra proteinelor și hidrocarbonatelor. *Bacteriile de putrefacție* acționează asupra proteinelor, iar *bacteriile de fermentație* transformă hidrocarbonatele. Fenomenele chi-



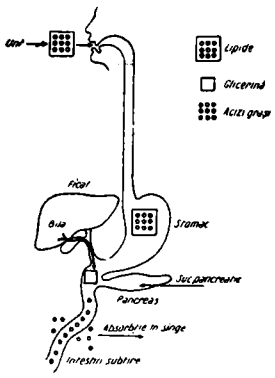
Pancreas.

Rolul acestor sucuri digestive poate fi rezumat astfel: lipazele desfac grăsimile în glicerină și acizi grași; tripsina și erepsina continuă desfacerea proteinelor (începută în stomac) în aminoacizi; fermenții pentru glucide descompun zaharurile complexe în monozaharide. Prezența bilei în intestin intervine în fragmentarea grăsimilor în particule mici (proces numit emulsionare), care pot fi mai bine atacate de lipaze. Tot bila mărește acțiunea lipazelor și ajută absorbția acizilor grași, ajutînd și motilitatea intestinală. Dintre porțiunile intestinului subțire, duodenul are o importanță mare în digestie deoarece, pe de o parte, aici se varsă bila și sucul pancreatic, iar pe de alta, prin pereții duodenali pornesc reflexe ce controlează activitatea veziculei biliare și a sfincterului Oddi situat la locul de „vărsare" a canalului coledoc în duoden. Datorită acestui fapt, bila și sucul pancreatic ajung în duoden doar atunci cînd este nevoie de acțiunea lor digestivă; c) *fenomene chimice* în intestinul gros. După ce o mare parte din substanțele nutritive au fost absorbite în intestinul subțire, resturile alimentare trec în intestinul gros, unde sînt supuse unor noi transformări. Secrețiile intestinului gros sînt sărace în fermenți, dar bogate mice din intestinul gros se desfășoară în mod normal doar în colonul ascendet și prima porțiune a colonului transvers. *Fenomenele mecanice* din colon și ultimele părți ale tubului digestiv constau în progresia alimentelor devenite materii fecale către rect și evacuarea lor (vezi defecație). Avansarea alimentelor de-a lungul tubului digestiv se numește tranzit digestiv și are loc în mod normal în următoarele intervale de timp: din cavitatea bucală în stomac, cîteva secunde; din stomac în duoden, apa trece imediat; grăsimile, după circa 3 ore; celelalte alimente, după 1—2 ore părăsesc complet stomacul. Prin duoden, alimentele trec rapid, în cîteva minute, ajungînd în celelalte porțiuni ale intestinului subțire (jejun și ileon). Alimentele ajung în prima parte a intestinului gros după 4 ore de la ingestie. În intestinul gros, alimentele sînt la nivelul unghiului hepatic al colonului după 6 ore, iar în unghiul splinei, după 8 ore de la ingerare. După 15 ore, ele sînt prezente în colonul sigmoid, iar la 20—24 de ore sînt evacuate din organism. Tranzitul în intestin poate fi accelerat (diaree) sau încetinit (constipație) față de valorile normale menționate. În ambele cazuri, atît digestia, cît și absorbția alimentelor sînt tulburate

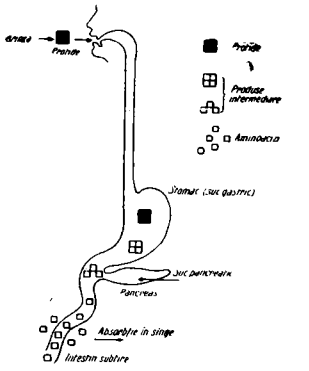
și urmate de semne generale și suferință. De aceea, menținerea unui tranzit normal are mare importanță pentru păstrarea sănătății.



Digestia amidonului.



Digestia grăsimilor.



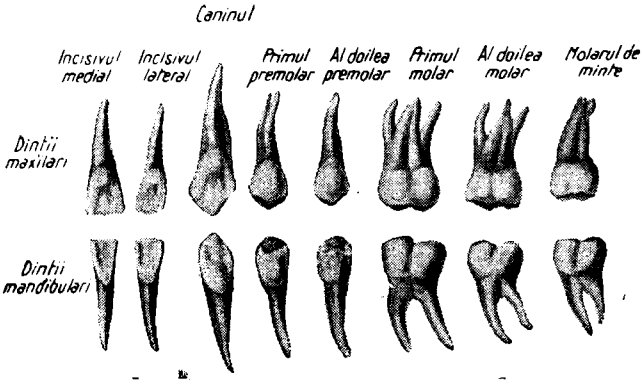
Digestia substanțelor albuminoide.

Procesul de digestie are loc atît în organismele simple, monocelulare, cît și în cele complexe, cum este acela al omului. În ultimul caz, există o serie de organe care acționează asupra unor substanțe complexe (alimentele), transformîndu-le în substanțe simple ce sînt ulterior absorbite și asimilate (vezi asimilație). În cazul organismelor monocelulare (bacterii, microbi), digestia se face prin înglobarea particulelor alimentare direct în corpul celulei în niște cavități mici, numite *vacuole*, în care se adună substanțe cu acțiune digestivă secretate de însăși protoplasma celulară și care digeră particula respectivă care ulterior va fi asimilată. Asemenea tip de digestie se numește *digestie intracelulară* (are loc în interiorul celulelor), spre deosebire de digestia la om, care are loc în afara celulelor, în cavitățile tubului digestiv, fapt pentru care se numește *digestie extracelulară*. În urma procesului de digestie, substanțele provenite din alimentele digerate sînt absorbite (vezi absorbție) și asimilate (vezi asimilație) în organism.

digitală, medicament cu acțiune întăritoare asupra inimii bolnave, care mărește puterea de contracție a mușchiului cardiac atunci cînd este scăzută, rărește bătăile inimii cînd sînt prea dese și sincronizează contracția fibrelor musculare atunci cînd acestea se contractă dezordonat (fibrilație). Este extras din anumite plante, de obicei din Degetărelul roșu și Degetărelul lînos, iar sub formă de soluție este prezentat în preparate ca: Digilan, Digitalină, administrate în picături sau sub formă de comprimate (*Folia Digitalis purpureea titrata*) *Tratamentul* cu digitală se indică în insuficiența cardiacă, fibrilația atrială și uneori în tahicardia paroxistică. Administrate pe gură, se resoarbe la nivelul tubului digestiv și trec în sînge, apoi se fixează parte de proteinele din sînge, restul în mușchiul cardia, ficat, rinichi și mușchii voluntari. De aici se eliberează treptat, astfel că efectul unei doze asupra inimii durează cam 1—2 zile. Deoarece poate lua naștere fenomenul de acumulare atunci cînd dozele sînt prea mari și prea dese, digitalizarea putînd da fenomene toxice (contracții cardiace anormale, lipsa poftei de mîncare, greață sau vărsături), tratamentul cu digitală se face numai sub supravegherea medicului.

dinamometru, aparat care servește la aprecierea forței musculare. Constă într-o lamă de oțel elastic, ovală, a cărei turtire produce deplasarea unui indicator pe o scală gradată. Deplasarea indicatorului este proporțională cu forța musculară care turtește lama de metal. Aparatul se strînge între podul palmei și degete și este dimensionat pentru forța musculară la adulți și copii. Cu el se poate aprecia și creșterea forței musculare în cursul dezvoltării organismului (vezi creștere).

dinte, organ anexă al aparatului digestiv, format din trei porțiuni: a) coroana (partea liberă); b) gîtul sau colul dintelui (situat la marginea gingiei, la locul de implantare a dintelui); c) rădăcina (partea implantată). Pe secțiune, dintele are o parte centrală, numită *cavitate dentară*, plină cu *pulpa dentară*, ce conține vase sanguine și nervi. Prin *canalul dentar* care străbate rădăcina, pulpa face legătura cu nervii și vasele arcadelor dentare ale oaselor maxilare. Pulpa dentară este înconjurată de o substanță numită *dentină* sau *ivoriu*, acoperită la rîndul ei, în porțiunea coroanei, cu smaltul dentar dur și lucios. În porțiunea rădăcinii, pulpa este învelită într-o substanță mai puțin dură, numită *ciment* dentar. Rădăcina dintelui este implantată într-o scobitură osoasă, numită *alveolă dentară*. Între pereții alveolei și rădăcina dintelui există un *ligament alveolar-dentar*, care asigură fixarea dintelui în alveolă și transmisia presiunii exercitate pe suprafața dintelui la toată alveola cu excepția locului pe unde intră în dinte vasele și nervii. Există mai multe feluri de dinți cu formă și funcție diferită, după cum urmează: a) dinții *incisivi* care au coroana lată și funcția de a tăia alimentele, sînt așezați în partea anterioară a arcadelor dentare și au, de obicei, o singură rădăcină; b) *dinții canini*, care au o coroană conică, ascuțită, cu ajutorul căreia alimentele sînt sfîșiate; așezarea lor este lateral de dinții incisivi, iar prin rădăcina unică, dar foarte dezvoltată, sînt solid implantați în maxilare, la animalele carnivore sălbatice, dezvoltarea caninilor fiind foarte accentuată (colți); c) *dinții premolari* și *molari* au o coroană voluminoasă, lată și două sau trei rădăcini, volumul lor întrecînd pe cel al celorlalți dinți amintiți; datorită suprafeței dentare mai mari, dinții premolari și molari servesc la zdrobit și mestecat alimentele. Dentiția este alcătuită la adult din 32 de dinți: 8 incisivi, 4 canini, 8 premolari și 12 molari. Ea se numește și a *doua dentiție* sau *dentiție definitivă*, deoarece succede primei dentiții *de lapte*, formată doar din 20 de dinți (8 incisivi, 4 canini, 8 premolari) care „cad", se schimbă, începînd de la vîrsta de 6 ani. Ordinea normală de apariție și înlocuire a dinților la om este următoarea: la 6—8 luni apar 4 incisivi mediani; la 7—12 luni apar 4 incisivi laterali; la 12—18 luni apar 4 premolari anteriori; la 16—24 de luni apar 4 canini; la 24—36 luni apar 4 premolari posteriori; la 6 ani apar 4 molari și se înlocuiesc primii 4 incisivi mediani, cu dinții incisivi definitivi; la 7—8 ani se înlocuiesc 4 incisivi laterali; la 9—11 ani se înlocuiesc 8 dinți premolari; la 11—12 ani se înlocuiesc 4 canini; la 12—13 ani apar 4 molari; la 20—30 de ani apar ultimii 4 molari cunoscuți și sub numele de *măsele de minte*. Schimbarea dinților se face prin împingerea celor de lapte



Dinți definitivi.

de către dinții definitivi care se formează în oasele maxilare. Acest proces poate să fie alterat la copii debili, rahitici, în acest caz apărînd tulburări ale dentiției, dinți „dubli", strîmbi etc. Pentru întreținerea dinților este nevoie de o igienă și un tratament corespunzător. Uzura dinților, trecerile de la foarte rece la foarte fierbinte și invers, zdrobirea unor obiecte tari în dinți (alune, nuci) favorizează spargerea smaltului dentar și apariția *cariilor* dentare. O dată apărută, caria dentară devine tot mai profundă prin distrugerea dentinei și ajunge să se deschidă în cavitatea dentară unde se află pulpa dintelui. Încetul cu încetul, restul dintelui se distruge, rămînînd doar rădăcinile implantate, dureroase, care de obicei se infectează și, menținînd focare de infecție în corp, produc ulterior boli articulare, renale, cardiovasculare. Utilizarea în asemenea cazuri a antinevralgicelor sau introducerea granulelor de tămîie în măselele cariate, pentru înlăturarea durerii, sînt contraindicate, deoarece, deși combat durerea, menajează persistența focarelor de infecție latentă. Împotriva apariției și dezvoltării cariilor dentare sînt recomandate măsuri de igienă dentară, care constau în: curățirea dinților și a spațiilor dintre ei de resturi alimentare, cu periuță și pastă de dinți; evitarea mîncărurilor și băuturilor foarte reci sau foarte fierbinți; tratarea din timp a cariilor dentare la începutul lor. Adăugarea fluorului în apa de băut, hrana bogată în calciu și vitamine, obișnuința de a mesteca bine alimentele, pot ajuta întreținerea dinților.

dioptrie, unitate de măsură a puterii de refracție a lentilelor. O dioptrie reprezintă puterea de refracție a unei lentile convergente

care are focarul situat la distanța de 100 cm. Formula de calcul a dioptriilor este $\frac{100}{F}$ în care F reprezintă distanța focală a lentilei. O lentilă cu distanță focală de 50 cm va avea o putere de refracție de 2 dioptrii $\left(\frac{100}{50} = 2\right)$ Determinarea dioptriilor unei lentile se face cu ajutorul refractometrului sau al sferometrului. La lentilele divergente (pentru corectarea miopiei), cifra care indică numărul dioptriilor este precedată de semnul minus.

diplopie, perceperea în dublu a unui singur obiect privit cu ambii ochi. Această vedere dublă se datorește faptului că imaginile unui obiect, înregistrate de fiecare ochi în parte, nu sînt contopite într-o senzație unică, deoarece imaginea obiectului respectiv nu se formează pe ambele retine în puncte simetrice. Cauza cea mai frecventă a diplopiei este paralizia nervilor care comandă mușchii oculomotori. Prin anumite procedee putem studia particularitățile diplopiei și putem să deducem care dintre nervi a fost paralizat. Diplopia dispare de îndată ce se acoperă unul din ochi. De aceea se recomandă purtarea de ochelari prevăzuți cu o sticlă mată la ochiul paralizat, pentru a se suprima una din imaginile duble. În afară de această diplopie care este de natură binoculară, există și o diplopie monoculară, în care imaginile sînt văzute dublu de către un singur ochi. Această diplopie monoculară se întîlnește în unele forme speciale de strabism, în unele leziuni ale centrilor vizuali din creier și uneori în cataracta incipientă.

disfagie, greutate la înghițit. Este de obicei datorită unei boli a esofagului. În afecțiunile acute ale esofagului, ingestia unei substanțe caustice (sodă caustică, acizi minerali) explică disfagia, în cele cronice prezența unei stricturi a conductului esofagian confirmată prin examenul radiologic cu pastă baritată. Disfagia mai poate fi provocată de o contracție spastică (spasm) a musculaturii esofagiene. Traduce atunci prezența unui polip sau cancer esofagian, o boală neurologică (leziuni ale bulbului sau măduvei spinării) sau coloanei vertebrale, sau un spasm al cardiei întreținut de un ulcer de vecinătate, de o gastrită sau cancer al regiunii. *Tratamentul* se va îndrepta spre boala în cauză. De ajutor sînt antispasticele și sedativele.

disgravidie — vezi sarcină patologică.

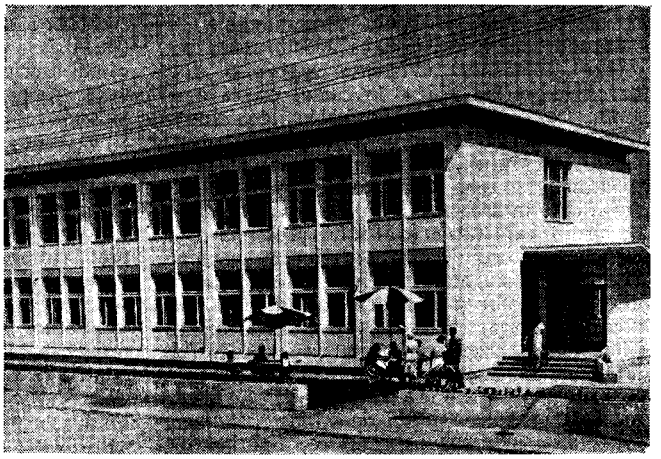
dishidroză, îmbolnăvire a pielii, caracterizată prin apariția unor mici vezicule pline cu un lichid clar, dispuse mai ales pe fețele laterale ale degetelor, palme, tălpi. Fiind situate mai profund în piele, veziculele nu se rup în majoritatea cazurilor, ci se usucă singure, fiind urmate de o descuamare inelară a locului unde au evoluat. Însoțită de o mîncărime uneori foarte supărătoare, dishidroza poate fi produsă de o îmbolnăvire prin ciuperci, prin anumiți microbi (streptococi) sau prin fenomene de sensibilizare. Tratamentul este în raport cu cauza: antimicotic, antistreptococic sau desensibilizant, însoțit de la caz la caz de metode care să micșoreze inflamația pielii, cum ar fi aplicarea de comprese, roentgenterapie etc.

Dishidroză.

diskinezii biliare, suferințe ale căilor și sfincterelor biliare care se traduc printr-o tulburare în evacuarea bilei. Boala este mai frecventă la femei, legată de sarcină, menstruație, menopauză sau afectări endocrine. Obiceiuri alimentare (consumul de rîntașuri, prăjeli), suferințele organelor învecinate (gastrită, colită, apendicită, boli ginecologice, aderențe), o stare de nervozitate excesivă pot crea o serie de reflexe care să aducă dereglarea aparatului biliar, realizînd fie spasme (hipertonie veziculară), fie scăderea contracției veziculare (hipotonie veziculară), fie scăderea sau creșterea contracției sfincterelor. *Atonia veziculară* constă în creșterea de volum a veziculei biliare care, incapabilă de a se mai contracta pentru evacuarea bilei, se lasă destinsă de conținutul ei. Bolnavii se plîng de o greutate în regiunea ficatului, de o stare de indispoziție cu dureri de cap și de tulburări gastrice, ca: balonări, greață, gust amar. Colecistografia arată o veziculă mare care nu se contractă după prînzul cu ouă. *Hipertonia veziculară* decurge dintr-o creștere a capacității de contracție a veziculei biliare. Bolnavul acuză dureri în regiunea ficatului, uneori sub formă de jenă, alteori de crize care cedează la trinitrină sau miofilin. Colecistografia arată o veziculă mică, rotundă, care se evacuează rapid. *Tratamentul* diskineziilor se aplică în funcție de caracterul acestora. În cele hipotone se recomandă substanțe care activează contracția: untdelemn, sulfat de magneziu, Bourget, Decol. Se mai recomandă evitarea sedentarismului prin sport, plimbări. În diskineziile hipertone: comprese calde, antispastice, trinitrină, corfilină, și calmante ale sistemului nervos. *Tratamentul* hidromineral cu ape de Slănic, Olănești sau Căciulata se dovedește adesea foarte util.

dismenoree (algomenoree), menstruație însoțită de dureri lombo-abdominale. Durerile pot să preceadă menstruația și să cedeze după apariția ei, sau pot apărea după instalarea menstruației. Intensitatea durerilor poate fi de la o simplă nevralgie, pînă la dureri violente, însoțite de grețuri și vărsături. Se întîlnesc mai frecvent la fetele și femeile tinere. *Tratamentul* constă în primul rînd în găsirea cauzei (inflamații ale uterului și anexelor, fibroame uterine congenitale sau tulburări hormonale) și apoi îndepărtarea ei. *Tratamentul simptomatic* constă în repaus la pat, căldură pe abdomen, antispastice și antinevralgice.

dispensar, unitate care acordă asistență medicală ambulatorie, situată la locul unde trăiește (dispensar de circumscripție) sau muncește (dispensar de întreprindere, de șantier) populația. Unele dispensare sînt profilate pe anumite specialități (dispensar oncologic = unitate specializată în lupta anticanceroasă pe un anumit teritoriu).



Dispensar nou al unei circumscripții sanitare-crășenești.

dispensarizare, supraveghere medicală activă a unor oameni bolnavi sau sănătoși. Esența dispensarizării — care îi conferă caracterul de metodă înaintată de ocrotire a sănătății — constă în faptul că examenul medical nu se efectuează numai la cererea unei persoane care nu se simte bine, ci — în primul rînd — se practică în mod periodic, planificat, la anumite grupe de oameni, în scopul de a li se controla starea de sănătate și a se lua pe loc măsuri medicale de îndreptare în cazul că se descoperă ceva. Dintre bolnavi, sînt cuprinși în dispensarizare cei cu boli cronice aflați în evidența unității care le acordă asistență medicală (circumscripție sanitară, policlinică, serviciu medico-sanitar de întreprindere). În întreprinderi, se procedează la dispensarizarea unor muncitori sănătoși, dar care lucrează în condiții care pot influența starea lor de sănătate. În acest caz, supravegherea medicală activă are rolul să surprindă de la început orice modificare a stării de sănătate, chiar înainte de apariția semnelor subiective. Tot ca forme ale dispensarizării, extinse la grupe mai largi ale populației, pot fi socotite examenele medicale prin radiofotografie sau controlul ginecologic periodic. Formă înaintată de aplicarea a principiului profilaxiei în practica ocrotirii sănătății, dispensarizarea are mari perspective de dezvoltare, prin cuprinderea treptată a întregii populații în controlul medical activ al stării de sănătate.

Dispensar medical pe vapor, pentru muncitorii din sector piscicol și stuficol.

dispepsie, termen relativ învechit, indicînd o suferință digestivă funcțională. Prin dispepsie se înțelege o digestie grea, dureroasă. Ea este mai frecventă la persoanele ușor excitabile, obosite. Ceea ce caracterizează dispepsia sînt mai ales durerile care variază de la o zi la alta, fără o relație evidentă cu mesele sau cu unele alimente. Apare ca o arsură și ca o crampă, după o emoție ori o stare psihică; se însoțește de grea-

ţă, balonări, eructaţii. La examenul radiologic şi tubajul gastric nu se descoperă nimic caracteristic. *Tratamentul* va avea în vedere starea generală: repaus fizic şi psihic, sedative la excitaţii, tonice la cei debilitaţi. Cît mai puţine medicamente! Se vor calma durerile cu comprese calde pe abdomen, ceaiuri de sunătoare şi numai la nevoie se recurge la novocaină, alcaline. Cura hidrominerală dă rezultate bune prin scăderea sensibilităţii pereţilor stomacului. *Dispepsia sugarului*, tulburare digestivă acută, în cursul căreia apar febra, scaunele diareice şi vărsăturile ce antrenează o pierdere de lichide şi minerale din organismul sugarului, manifestată prin scădere în greutate. Cauzele care produc boala pot fi clasificate în 2 categorii: a) cauze alimentare: de ordin cantitativ (cantităţi prea mari de lapte) şi de ordin calitativ (alimente nepotrivite vîrstei sau alterate, lapte contaminat cu diferiţi microbi şi păstrat în condiţii neigienice la căldură); b) cauze infecţioase: infecţii intestinale (dizenterie) sau generale (otită, bronhopneumonie). Cea mai frecventă cauză o constituie infecţiile intestinale. Boala se manifestă prin scăderea poftei de mîncare, indispoziţie, apoi prin scaune diareice, semilichide sau lichide, verzui, cu sau fără mucus, uneori cu sînge (în care caz poate fi vorba de o dizenterie), vărsături şi febră. Boala evoluează cu atît mai grav, cu cît copilul este mai mic şi cu cît are o stare de nutriţie mai proastă (distrofie). Boala poate fi prevenită prin înlăturarea cauzelor care o produc. *Cauzele alimentare* ale bolii pot fi prevenite: a) prin alăptarea la sîn cel puţin pînă la 5—6 luni şi evitarea înţărcării în lunile de vară; b) printr-o alimentaţie mixtă sau artificială corectă: administrare de lapte praf dizolvat în apă fiartă şi răcită, preparat înainte de fiecare masă, în vase curate şi în diluţiile recomandate de medic (vezi lapte praf). Laptele de vacă lichid nu se recomandă la sugari, fiindcă nu i se poate garanta sterilitatea şi nici constanţa compoziţiei. Sînt obligatorii păstrarea biberoanelor şi tetinelor curate, fierte după fiecare masă, respectarea măsurilor de igienă de către persoanele care alimentează copilul, respectarea programului de alimentaţie stabilit de medic, adică din 3 în 3 ore în alimentaţia naturală şi la 3 1/2—4 ore în alimentaţia artificială, cu pauză de lapte obligatorie în timpul nopţii; respectarea regulii celor două hidrocarbonate în alimentaţia sugarilor (zahăr 5% la totalul amestecului de lapte + un făinos care diferă după vîrsta copilului (apă de orez sub 2—3 luni, făină albă de grîu rumenită peste 2—3 luni şi griş după 4—5 luni). Diversificarea alimentaţiei (introducerea piureului de legume, a gălbenuşului de ou, a brînzei de vaci şi a cărnii) se va face treptat, începînd cu cantităţi mici şi numai la indicaţia medicului. *Cauzele infecţioase* pot fi prevenite prin evitarea persoanelor bolnave şi a aglomeraţiilor, crearea unor condiţii de mediu adecvate în camera copilului (temperatura 18—20°, aerisirea repetată, curăţirea prafului, igiena patului şi a corpului copilului), călirea organismului prin scoaterea lui în aer liber, pentru o durată variabilă după anotimp şi vîrstă, respectarea indicaţiilor pentru vaccinările uzuale. *Tratamentul* dispepsiei sugarului se efectuează în conformitate cu indicaţiile medicului şi constă în următoarele date esenţiale: administrarea unui purgativ salin (sulfat de sodiu) în doze de 2 g pe an de vîrstă, dietă hidrică şi dietă de tranziţie, care are unele proprietăţi antibacteriene şi o oarecare valoare calorică; preparatele cele mai folosite sînt: supa de morcovi sau apa (mucilagiul) de orez. Realimentarea se face în general după următoarele principii: sub vîrsta de 5—6 luni cu un preparat de lapte, ordinea preferinţei fiind următoarea: Eledon *(babeurre)* sau lapte praf (integral sau semiecremat „lacto") şi eventual acidulat. Aceste alimente dietetice se introduc în cantităţi foarte mici, cîte 10—20 g la fiecare masă, cantitatea lor fiind crescută progresiv, în scară, zilnic, cu cîte 10—20 g pentru fiecare masă, scăzîndu-se concomitent, cu aceeaşi cantitate, supa de morcovi sau mucilagiul de orez pe care copilul le primeşte în continuare. În acest fel, se poate ajunge în 7—10 zile la regimul normal al copilului (la sugarul distrofic cu o greutate subnormală se ajunge la regimul normal vîrstei după un interval mai lung). La sugarii peste 6 luni, după dieta de tranziţie, întrucît laptele este mai rău tolerat se reia alimentaţia cu făinoase cu apă (griş cu apă, orez cu apă, macaroane fierte), după cîteva zile se adaugă brînză de vaci, apoi 5% zahăr la făinoasele cu apă şi după aceea unt proaspăt (la sugarul trecut de 8 luni, carne fiartă) şi la urmă de tot lapte praf cîte 5—10 g pudră de lapte în fiecare zi în făinoasele cu apă. Acest regim trebuie individualizat în funcţie de particularităţile vîrstei, de starea de nutriţie, de alimentaţia anterioară etc. *Tratamentul dietetic* se face sub protecţia antibioticelor prescrise de medic (pentru lichidarea infecţiei intestinale); uneori este necesară injectarea soluţiilor hidrosaline (soluţie fiziologică, soluţie Ringer) pentru înlocuirea pierderilor hidrosaline. În convalescenţă se ajută refacerea organismului prin administrare de vitamine.

dispnee, dificultate respiratorie cu modificarea frecvenţei, amplitudinii sau ritmului respiraţiei. Dispneea reprezintă o reacţie de adaptare a organismului la un efort fizic crescut *(dispnee fiziologică)* sau în cursul unei boli *(dispnee patologică)* şi trădează un deficit de oxigenare a sîngelui. Dispneea fiziologică se manifestă printr-o creştere a frecvenţei şi amplitudinii respiraţiei. Cauza creşterii dispneei rezidă în nevoia sporită de oxigen a organismului. Într-adevăr, în cursul efortului fizic cheltuiala de energie creşte şi prin urmare se măreşte şi nevoia de oxigen, deoarece la baza surselor de energie reprezentate de metaboli-

zarea grăsimilor, proteinelor şi glucidelor stau procesele de oxidare. În cursul dispneei fiziologice, cantitatea de oxigen care pătrunde în plămîni creşte de 2—3 ori faţă de normal. Dispneea fiziologică poate apărea şi în cursul ascensiunilor, din cauză că la înălţimi mari presiunea parţială a oxigenului scade; ea mai apare la temperaturi ridicate sau se poate obţine conştient atunci cînd în mod voluntar intervenim prin intermediul scoarţei cerebrale asupra ritmului respiraţiei. Dispneea patologică se întîlneşte în toate bolile care se însoţesc de insuficienţă de oxigen, traducînd astfel afectarea organelor şi sistemelor care asigură activitatea fiziologică normală a organismului. Dispneea patologică apare în cursul bolilor aparatului respirator în care suprafaţa respiratorie este redusă (bronhopneumonii) sau cînd plămînii se găsesc comprimaţi (pleurezie, pneumotorax), în bolile de inimă, ca urmare a unei tulburări survenite în drumul circulaţiei sanguine (stază sanguină mai ales la nivelul circulaţiei pulmonare). Dispneea de natură cardiacă este de diferite grade, în funcţie de gravitatea bolii; cînd boala de inimă este mai puţin avansată, dispneea apare numai la eforturi însemnate, însă pe măsură ce boala se agravează, respiraţia devine tot mai dificilă, după eforturi din ce în ce mai mici, dispneea persistînd chiar şi în repaus. Numărul respiraţiilor trece de 16 pe minut, cît este normal, ajungînd la 40—50 în acelaşi interval de timp. În cazurile deosebit de grave, bolnavul nu mai poate sta culcat din cauza dispneei şi preferă să doarmă în şezut, pe scaun sau cu capul rezemat de masă, poziţie care îi uşurează respiraţia. În intoxicaţiile provocate de produsele de descompunere metabolică acumulate în exces (uremie, diabet) sau de substanţe toxice ingerate, dispneea se datoreşte acţiunii acestor toxice asupra sistemului nervos central, în special asupra centrului respirator. Dispneea patologică poate fi de lungă durată, persistînd de-a lungul unei întregi perioade de boală (ca în pneumonie, pleurezie, tuberculoză), poate fi permanentă (ca în scleroemfizemul pulmonar) sau surveni sub formă de accese periodice (ca în astmul bronşic sau cardiac). Dispneea patologică se caracterizează nu numai prin modificarea frecvenţei şi amplitudinii aspiraţiei, dar şi prin tulburarea ritmului respirator. Se poate modifica raportul dintre durata inspiraţiei şi expiraţiei (ca în astm, unde creşte durata expiraţiei) sau se pot ivi pauze respiratorii mai mari (pînă la 35 de secunde) sau mai mici (ca în dispneea periodică din cursul uremiei sau comelor). *Tratamentul* constă în primul rînd în înlăturarea cauzelor care au provocat dispneea. Pentru a înlesni respiraţia se dă bolnavului o poziţie comodă, semişezîndă, se administrează oxigen în inhalaţie, se aplică ventuze. Medicamentele se dau numai la avizul medicului. Aerul din încăpere trebuie să fie curat şi proaspăt.

disproteinemie, metabolismul proteinelor se petrece în mare măsură în ficat şi cuprinde atît procese de degradare, cît şi procese de sinteză. Ficatul joacă rol important în formarea serinelor şi globulinelor, în depozitarea şi mobilizarea acestora. De aceea, determinarea proteinelor totale din plasma sanguină, a serinelor şi globulinelor, cît şi a diferitelor fracţiuni prezintă un interes deosebit în cercetarea bolilor hepatice. Valorile normale ale proteinelor plasmatice sînt de 70—80 g la mie, dintre care 45—55 g sînt serine şi 30—35 g sînt globuline. Raportul dintre serine şi globuline este de 1,5. În leziunile hepatice cronice severe se întîlneşte frecvent o scădere a proteinelor totale (hipoproteinemie) şi mai ales o scădere a serinelor (hiposerinemie), condiţionate de incapacitatea de sinteză a serinelor de către ficat. Dimpotrivă, globulinele plasmatice sînt crescute, ducînd pînă la inversarea raportului serine/globuline. Pe lîngă constatarea acestor modificări ale proteinelor plasmatice, în bolile de ficat s-au mai pus la punct o serie de probe de laborator care au drept scop să scoată în evidenţă modificări ale echilibrului proteinelor; ele sînt denumite *probe de disproteinemie,* incorect zise „hepatice" (întrucît sînt influenţate de un mare număr de factori). *Reacţia cu timol* se bazează pe tulburarea serului patologic la care s-a adăugat o soluţie de timol. Gradul acestei tulburări (normal 5—6 u. MacLagan sau 30 u. fotometrice) ar fi în raport cu gradul de dezechilibru al proteinelor plasmatice. *Reacţia Takata-Ara* se bazează pe precipitarea sub formă de flocoane („floculare") care se produce într-o serie de 8 eprubete ce conţin diluţii crescînde de ser şi la care se adaugă o soluţie de sublimat. Normal, flocularea nu se produce în nici o eprubetă; de la două eprubete în sus, reacţia devine pozitivă. *Reacţia Gross* se bazează pe flocularea produsă prin adăugarea la serul de cercetat a unei soluţii denumită Hayem, care se lasă să cadă picătură cu picătură, dintr-o eprubetă gradată. Prima floculare este numită reversibilă, deoarece dispare prin agitare, după care urmează flocularea ireversibilă. Limitele infericare ale normalului sînt 1 ml, respectiv 2 ml. S-au mai descris nenumărate reacţii de precipitare a proteinelor care însă nu au adus un progres în această explorare. De subliniat că nu există un paralelism strict între gradul de modificare a acestor probe şi starea bolnavului. Uneori, probele sînt negative şi bolnavul este hepatic, iar alteori sînt pozitive, fără ca ficatul să fie în suferinţă. Aşa se întîmplă în unele stări febrile, supuraţii, cancer, nefroză, care dau reacţii de disproteinemie fals-pozitive. De aceea, aceste probe n-au valoare de cît confruntate cu rezultatele examenului clinic şi cu alte teste de laborator.

distrofia sugarului, starea de nutriţie deficitară a sugarului în urma unei inaniţii (înfometări) patologice, în imensa majoritate a cazurilor de origine digestivă. Subalimentaţia poate fi cantitativă (în acest caz, dieta are

un conținut mai scăzut de calorii de cît este necesar la vîrsta respectivă) sau calitativă (în acest caz, dieta nu conține cantitatea de proteine, grăsimi sau glucide necesare creșterii). Boala recunoaște 3 cauze principale: 1) *alimentație insuficientă*: de exemplu, în caz de diluții mari de lapte (de exemplu 1/3), în caz de boli care produc inapetență (infecții, encefalopatii) sau vărsături (stenoză de pilor), compoziție neadecvată a rației alimentare, ca în cazul cînd glucidele (distrofia laptelui de vacă) sau proteinele (distrofia făinoaselor) se află sub minimul necesar creșterii. Alimentația mai poate fi relativ insuficientă în următoarele împrejurări: în tulburări digestive (diaree cronice), în tulburări de absorbție (diaree cronice, celiakie), în tulburări ale asimilației (boli constituționale sau ereditare); 2) *infecții intestinale și extraintestinale* (bronhopneumonie, otomastoidită, infecții urinare, infecții ale pielii; 3) *boli organice*, care împiedică alimentația (malformații ale cavității bucale). Sugarul distrofic are un aspect caracteristic: pielea se „veștejește", pare mult prea largă pentru abdomen și membre, adunîndu-se în cute numeroase pe partea internă a coapselor și la șezut (aspect de pungă de tutun), țesutul gras subcutanat scade treptat de pe corp pînă ce dispare și de pe față (față de bătrîn); mușchii își pierd tonicitatea (abdomenul crește de volum), creșterea în greutate și lungime încetează, imunitatea se prăbușește (copilul devenind receptiv la infecții care evoluează foarte grav), starea psihică se alterează, (copilul este abătut, plîngăreț); toleranța digestivă este foarte scăzută, ceea ce face ca o creștere cît de mică a rației alimentare să producă diaree, agravînd înfometarea. Cînd slăbirea este foarte intensă (deficientul ponderal față de greutatea standard a vîrstei este mai mare de 40%), ea nu mai este compatibilă cu viața. În stadiul final al bolii, la inaniția extremă se adaugă infecții generale (pulmonare, urinare, meningiene, otomastoidiene), precum și infecții digestive (ce duc rapid la toxicoză), care grăbesc sfîrșitul letal. Șansele de vindecare sînt reduse cînd denutriția este mai accentuată, cînd sugarul este de vîrstă mai mică, cînd a suferit mai multe infecții sau cînd înainte de îmbolnăvire a fost alimentat artificial. Distrofia poate fi evitată prin înlăturarea cauzelor care o produc: a) asigurarea unei alimentații corecte a sugarului (folosirea laptelui praf în alimentația mixtă sau artificială reprezintă un mare progres); b) prevenirea infecțiilor (izolare, vaccinări); c) tratarea bolilor organice care împiedică alimentația (stenoză de pilor). Distrofia este mult mai greu de tratat de cît de prevenit. Tratamentul este foarte asemănător cu acela al dispepsiilor și constă în combaterea infecției intestinale (antibiotice) și realimentare progresivă, prudentă, cu aceleași preparate dietetice (eledon, lapte praf). La acestea se adaugă vitaminoterapie, hormoni anabolizanți (dianabol), mici transfuzii de sînge.

diureză: una dintre cele mai importante funcții ale rinichilor este aceea de a menține o cantitate optimă de apă în organism cu o concentrație necesară de substanțe minerale și organice (electroliți). De această funcție depinde eliminarea de urină sau *diureză*. Diureza normală, adică cantitatea de urină eliminată în 24 de ore, variază între 1 500 și 2 000 ml, în raport cu lichidele ingerate și cu pierderile de apă pe alte căi (diaree, transpirații). Tulburări în eliminarea urinară se manifestă prin poliurie, oligurie sau anurie. Prin *poliurie* se înțelege producerea unei cantități sporite de urină, care depășește 2 000 ml în 24 de ore. În afară de cea fiziologică, care se produce în cazul unei ingestii mari de lichide, poliuria patologică apare la sfîrșitul unor boli febrile, în diabet și în unele boli renale, cum sînt glomerulonefrita cronică, scleroza renală. Se vorbește despre *oligurie* ori de cîte ori cantitatea zilnică de urină scade sub 800 ml. Oliguria se poate produce în cazul unor pierderi mari de lichide pe alte căi (vărsături, diaree) sau cînd scade mult ingerarea de apă. Oliguria se poate produce și în cazul unor afecțiuni ale rinichilor (glomerulonefrită acută difuză, insuficiență renală acută), cardiovasculare (insuficiență cardiacă, colaps), ciroză, stări febrile. Uneori este necesară administrarea de diuretice. Sistarea producerii urinii poartă numele de *anurie*. *Diuretic*, medicament care administrat în anumite boli de rinichi sau de inimă poate mări cantitatea de lichide eliminate prin rinichi, atunci cînd aceasta, este scăzută sub normal (1 500 kg în medie pe zi la adulți). Apa fiind reținută în mod patologic în organism, poate duce la agravarea bolii de bază, astfel că pe lîngă tratamentul efectuat asupra cauzei bolii apare și necesitatea acestui tratament simptomatic — creșterea diurezei. *Ca diuretice se pot folosi*: apă îndulcită, infuzie de cozi de cireși, de mătase de porumb, soluții concentrate de glucoză injectate intravenos, Eufilină (Corfilin) în tablete, fiole sau supozitoare, Teobromin — natriu-salicilic în tablete (Teosal), Diuretină simplă sau asociată cu pulbere de Scilla în cașete sau Scillaren în picături, sărurile de potasiu sau amoniu în formulări magistrale sau în sarea dietetică, Diurocard, unele sulfamide diuretice, ca preparatul Ederen (Diamox), Nefrix, sau diuretice mercuriale în general toxice, ca Uroflux. Atunci cînd retența de lichide în organism se datorește unei boli de inimă cu scăderea capacității de contracție a mușchiului cardiac, medicamentele cardiotonice (Strofantină, Digitală) au și un efect secundar de creștere a diurezei.

dizenterie, boală infecțioasă și contagioasă, caracterizată prin scaune dese, lipsite de materii fecale, compuse din mucozități, sînge, puroi. Este produsă de bacili dizenterici. Cele mai frecvente tipuri de bacili întîlnite în țara noastră sînt Flexner și Sonne. Dizenteria este o infecție digestivă; bacilii dizenterici

pătrund în organism o dată cu alimentele, prin tubul digestiv (poarta de intrare). Rezervorul de germen îl formează bolnavii de dizenterie bacilară şi purtătorii sănătoşi de bacili dizenterici. Poarta de eliminare a germenilor în mediul extern este tubul digestiv: germenii sînt eliminaţi o dată cu materiile fecale. Alimentele (mai ales zarzavaturile, legumele, fructele şi apa) se pot contamina cu bacili dizenterici dacă nu se respectă igiena (muşte care zboară de pe materii fecale depuse în aer liber, pe alimente neacoperite; mîini murdare, nespălate, ale celor care manipulează alimente; conducte de apă vechi, defecte, în care se pot infiltra germenii; closete construite greşit şi din care germenii se pot infiltra în apa fîntînilor din vecinătate). Incubaţia durează 2—5 zile. În dizenteria acută, debutul este brusc, cu febră, dureri abdominale. Apoi începe diareea: la început sînt scaune cu materii fecale, apoi apar repede scaunele tipice de dizenterie (în cantitate mică, lipsite de materii fecale, compusă din mucozităţi, puroi şi sînge). De obicei sînt 10—50 de scaune în 24 de ore. Bolnavii au şi tenesme rectale (senzaţia de nevoie imediată de a avea scaun fără însă a scoate nimic, cu dureri în regiunea rectală). De cele mai multe ori, bolnavii au şi febră, stare generală proastă, lipsă de poftă de mîncare, stare de slăbiciune. Netratată, duce de obicei la dizenterie cronică (3—4 scaune pe zi, slăbire progresivă, anemie). *Diagnosticul* se precizează prin izolarea şi identificarea bacililor dizenterici din materiile fecale prin analiza pe medii de cultură speciale (coprocultură). Prin rectosigmoidoscopie se pot recunoaşte direct leziunile caracteristice de dizenterie în rect şi sigmoid (ulceraţii ale mucoasei rectului şi sigmoidului). *Tratamentul* se face obligatoriu cu antibiotice (se utilizează mai ales tetraciclina, aureomicina sau cloramfenicolul), timp de 4—6 zile. În dizenteria cronică se dau de obicei 2 sau 3 antibiotice şi se face tratament local prin clisme medicamentoase. Dizenteria face parte din grupa A, fiind de declarare şi izolare obligatorie în spitalul de boli contagioase. Profilaxia se face prin izolarea şi tratarea bolnavilor, depistarea şi tratarea purtătorilor de bacili dizenterici (mai ales în sectorul alimentar), prin luarea de măsuri împotriva căilor de transmitere (stîrpirea muştelor, păstrarea corectă a alimentelor, spălarea zarzavaturilor şi a fructelor, igiena individuală, mai ales a celor care manipulează alimente, dezinfecţia obiectelor contaminate de bolnav, a excrementelor bolnavului, întreţinerea igienică a closetului).

donator de sînge; administrarea sîngelui conservat în scop de tratament la bolnavii din spitale este una din problemele cele mai importante pe care le-a rezolvat medicina, căci nu există medicament mai complet şi mai eficace în cazurile grave de cît sîngele uman. Una dintre cele mai generoase acţiuni, la care toţi cetăţenii animaţi de sentimente patriotice şi umanitare trebuie să participe, este înscrierea lor printre donatorii benevoli de sînge. Donarea sîngelui nu pune în pericol viaţa sau sănătatea donatorului, deoarece primenirea sîngelui este un proces care se petrece în permanenţă în organismul omului sănătos. Zilnic mor miliarde de globule roşii îmbătrînite şi se nasc altele noi; scoaterea din circulaţie a unei cantităţi de 200—400 ml sînge este un stimulent pentru organism, care fabrică alt sînge proaspăt. Cunoaşterea grupei de sînge de care aparţine sîngele nostru este primul pas pentru a deveni donator de sînge. Există 4 grupe principale de sînge: 0 (I), A (II), B (III) şi AB (IV), la care se adaugă grupele Rh (+) şi (—). Aceste litere definesc o substanţă chimică, cu proprietăţi bine cunoscute, denumită *aglutinogen* şi care se găseşte fixată pe globulul roşu. Sîngele recoltat de la donatori şi conservat în condiţii speciale, pentru a putea fi administrat bolnavului trebuie să conţină aceleaşi aglutinogene pe globule ca şi sîngele primitorului, căci altfel el poate intra în conflict cu alte substanţe chimice din serul bolnavului (aglutinine), producînd accidente (hemoliză prin incompatibilitate) (vezi anemie). Donatorii de sînge care au grupul 0 (I) pot da sîngele lor pentru transfuzie, oricărui, indiferent de grupul primitorului, (mai ales dacă au acelaşi Rh). Aceştia sînt „donatori universali", după cum cei din grupul AB (IV) sînt numiţi „primitori universali".

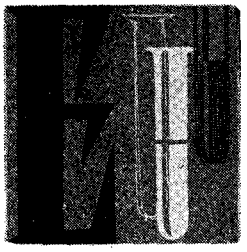
dopul de cerumen, corp străin al conductului auditiv extern, datorit acumulării secreţiei exagerate a glandelor ceruminoase. De obicei este întîlnit la adulţi, mai ales la cei care lucrează într-un mediu cu mari cantităţi de pulberi. Excesul de colesterol favorizează producerea cerumenului. Dopul îşi măreşte volumul în contact cu apa sau în atmosferă umedă, condiţii în care îşi manifestă de obicei prezenţa. Semnele acestei prezenţe sînt: senzaţia de înfundare a urechii, rezonanţă exagerată a propriei voci (autofonie) uneori ameţeli şi dureri (otalgie). Îndepărtarea dopului de cerumen se face printr-o spălătură practicată de o persoană specializată. Uneori, cînd este vechi şi prea dur, este necesară în prealabil înmuierea sa cu apă oxigenată sau ulei vegetal călduţ.

doză, cantitatea de medicament administrată pacientului în scop curativ sau preventiv. Doza poate fi: a) *utilă*, cantitatea minimă de medicament capabilă să producă primul efect farmacodinamic urmărit; b) *uzuală sau terapeutică*, care reprezintă cantitatea variabilă de medicament cuprinsă în interiorul zonei dozei utilă-doză toxică; c) *toxică*, cantitatea de medicament care poate iniţia apariţia unor fenomene secundare nedorite în organismul tratat; d) *maximă*, cantitatea maximă de medicament administrată o dată sau în 24 de ore; e) *letală*, doză capabilă să producă moartea organismului. Diferitele feluri de doze enu-

merate sînt precizate în tratatele de specialitate pentru fiecare principiu activ medicamentos, ele variind în funcție de specie (om, animal), de vîrstă (adulți, copii) și mai puțin în funcție de sex și particularitățile individuale.

durată medie a vieții, indice demografic foarte semnificativ în caracterizarea stării de sănătate ca și a nivelului general de trai al populației. Se calculează împărțind suma vîrstelor la care s-au produs decesele pe o perioadă de timp la numărul deceselor pe aceeași perioadă. În țara noastră, durata medie a vieții a marcat o creștere deosebit de mare în anii puterii populare, ajungînd de la 42 de ani — la cît se stabilizase în trecut — la 66 de ani în 1961, apropiinduse astfel de cei mai înalți indici înregistrați în lume.

dușuri, proceduri hidroterapeutice aplicate cu ajutorul unor dispozitive care au ca scop să împrăștie apa la temperaturi și presiuni variate pe suprafața corpului. Dușurile pot fi reci, calde sau alternînd aceste două temperaturi. Ele vor avea durata cu atît mai scurtă, cu cît vor fi mai reci; acționează însă nu numai prin temperatură, ci și prin contactul, sub presiune, a apei care percută suprafața dușată. Dușurile pot — după forma pe care o dau jetului de apă să aibă efecte diferite asupra organismului. Cele în formă de *rozetă*, reci, se folosesc ca excitante ale sistemului nervos, cele calde — sînt calmante și se folosesc în inflamații cronice diverse, iar cele alternante — ca tonice generale, precum și în tratamentul insomniilor. Dușul-*sul* se prescrie mai ales ca duș scoțian — în care se alternează apa caldă la 40—44°, cu apă rece la 18—22° și se indică în acrocianoze, pareze și paralizii, urmări ale accidentelor și operațiilor pe membre etc. Dușul-*evantai* este o formă care se folosește de asemenea alternînd apa caldă și rece în scopul stimulării circulației locale și a aparatului neuro-muscular. Dușurile-*masaj* sînt proceduri care folosesc asocierea dintre dușurile-*rozetă* și masaj, pe o anumită regiune sau pe întreaga suprafață a corpului. Ambele proceduri se aplică simultan, bolnavul fiind culcat pe o masă, sub linia de dușuri. Dușul *subacval* constă din aplicarea unui duș-sul la presiune mare, sub apă, în timp ce bolnavul se află într-o vană de apă la temperatură indiferentă sau călduță. Dușul cu *aburi* este o procedură intensivă care constă în proiectarea unei surse de vapori pe suprafețele care urmează a fi tratate. Mai bune suportat, dar cu efecte mai reduse, este dușul de *aer cald*, care se realizează cu ajutorul unui dispozitiv special (foen, ca pentru uscarea părului). Nu se prescriu dușuri la bolnavi foarte debilitați, cu tensiunea arterială foarte crescută, cu boli de inimă avansate, cu tendință la hemoragii, cu tulburări de sensibilitate a pielii, la gravide.



echilibru, funcţie prin care se asigură menţinerea corpului în anumite poziţii, după necesitate. Ea se realizează prin colaborarea mai multor factori, după cum urmează: de la canalele semicirculare ale urechii interne pleacă impulsuri nervoase la centrii nervoşi situaţi la baza creierului mare şi în creierul mic (cerebel); de la aceşti centri nervoşi pleacă impulsuri pe căile nervoase descendente din măduvă (căi extrapiramidale; vezi măduva spinării) la muşchii scheletici, a căror contractură se face în mod reflex în aşa fel, încît corpul să nu se prăbuşească. Astfel, dacă corpul se apleacă *în spate,* în mod reflex se contractă musculatura care readuce corpul spre *în faţă* şi invers; în mod similar se întîmplă în cazul aplecării corpului la dreapta sau la stînga. Echilibrul corpului se menţine atunci cînd centrul de greutate al lui se află înăuntrul bazei de susţinere (vezi bază). Centrul de greutate al unui organism adult de proporţii medii se află aproximativ la nivelul celei de a doua vertebre lombare. Modificările de volum şi de greutate ce apar în diferite părţi ale corpului în sarcină sau în unele boli (ascită, obezitate) sau în cazul purtării pe spate a unor greutăţi produc deplasări ale corpului, care sînt corectate prin modificări de poziţie în aşa fel, încît echilibrul corpului să fie păstrat. Funcţia de echilibru nu există imediat după naştere, ea apărînd o dată cu ridicarea în picioare şi mers. În unele boli care interesează urechea internă sau sistemul nervos, funcţia de echilibru este alterată şi corpul se comportă ca o masă inertă, care se prăbuşeşte sub acţiunea gravităţii, dacă este ridicat din poziţia culcată. În stările mari de epuizare fizică, slăbirea forţei musculare nu mai permite redresarea promptă a corpului, iar echilibrul acestuia este tulburat. La ridicarea bruscă în picioare, în special la persoanele astenice, hipotensive şi după o şedere prelungită la pat (după intervenţii chirurgicale), adaptarea circulaţiei sîngelui este deficitară şi pentru cîteva clipe, creierul nu primeşte sînge suficient. În acest caz, persoanele respective „îşi pierd echilibrul" pentru cîteva momente. Alcoolul, prin acţiunea sa de scădere a controlului nervos asupra organismului, duce la tulburări marcate de echilibru.

echipament de protecţie, îmbrăcăminte sau anumite accesorii speciale care se poartă în timpul lucrului spre a apăra corpul muncitorului de acţiunea unor factori nocivi existenţi la locul de muncă. Astfel sînt: salopetele, costumele sau şorţurile speciale de protecţie contra radiaţiilor calorice, cizmele, mănuşile, căştile, ochelarii pentru aşchiere sau sudură, măştile contra gazelor, vaporilor toxici, pulberilor etc. Portul echipamentului de protecţie este obligatoriu în timpul lucrului, constituind o măsură elementară de apărare împotriva îmbolnăvirilor profesionale. A nu se confunda cu *echipamentul sanitar de protecţie a alimentelor,* purtat în timpul lucrului (şi numai în timpul lucrului!) de muncitorii din sectorul alimentar (halat alb, şorţ, bonetă). Rostul acestui fel de echipament este de a proteja alimentele — şi prin aceasta pe consumatori — împotriva infectării cu germenii bolilor infecţioase; de aceea, el trebuie să fie în permanenţă într-o stare de curăţenie perfectă şi să nu fie purtat nicăieri în afara locului de muncă (la făcutul curăţeniei, la W.C. etc.).

eclampsie — vezi sarcină patologică.

ectimă, îmbolnăvire microbiană a pielii datorită streptococului. La locul unde s-a produs inocularea microbului (de cele mai multe ori pe gambe) se formează o băşică cu conţinut la început clar, apoi purulent. Prin ruperea capacului acestei băşici se formează o rană (ulceraţie). Deşi destul de curînd rana se acoperă de o crustă groasă formată din sînge amestecat cu puroi, leziunea are tendinţa să se adîncească şi să se extindă în suprafaţă. Bolnavul merge cu greutate şi are dureri mari. Tratamentul trebuie să fie energic,

constînd în comprese, dezinfectări repetate cu apă Dalibour şi aplicare locală de antibiotice (în special penicilină). În unele cazuri este necesar şi un tratament general cu antibiotice.

ectropion, răsturnarea în afară a marginii pleoapelor. Ectropionul poate să fie de natură cicatriceală, provocat de cicatrice ale pielii pleoapelor, prin inflamaţii, plăgi sau arsuri. Alteori, ectropionul se formează prin contracţia exagerată a muşchiului pleoapelor, întîlnită la copiii mici. La persoanele în vîrstă se poate produce ectropion al pleoapei inferioare prin slăbirea ţesutului conjunctiv al pleoapelor şi a fibrelor musculare. În paralizia muşchiului orbicular al pleoapei (logoftalmie) există un ectropion paralitic al pleoapei inferioare. Corectarea ectropionului se face prin intervenţie chirurgicală. La persoanele în vîrstă, care suferă de lăcrimare cronică, se recomandă ca ştergerea lacrimilor de pe pleoape să se facă de jos în sus, pentru a împinge pleoapa spre ochi, evitîndu-se astfel formarea unui ectropion.

eczemă, boală de piele cu o simptomatologie foarte variată, produsă în marea majoritate a cazurilor de sensibilizarea organismului faţă de diferite substanţe provenind, fie din mediul înconjurător, fie din tulburarea unor procese metabolice interne. Boala începe în majoritatea cazurilor printr-o roşeaţă a pielii, însoţită de mîncărimi intense. Foarte curînd, pe zonele inflamate, erup mici vezicule (stadiul de veziculaţie), care, datorită scărpinăturilor, se rup, lăsînd să se scurgă la suprafaţa pielii un lichid clar (stadiul de zemuire). Placardele se pot întinde prin apariţia de noi vezicule la periferia lor, cuprinzînd uneori chiar întreaga

Eczema mîinii.

suprafaţă a corpului (eczema generalizată). În cazurile obişnuite însă, după 2—3 săptămîni zemuirea conteneşte, se formează cruste, apoi scuame şi pielea îşi revine treptat la aspectul ei normal. La un nou contact cu substanţa sensibilizantă, eczema poate recidiva, fie sub orma descrisă, fie sub o formă subacută sau cronică, caracterizată numai prin plăci roşii acoperite cu scuame şi însoţite de mîncărimi intense. Cauzele care pot sensibiliza pielea şi declanşa procesul de eczemă sînt

Eczema sugarului.

foarte variate. Unele provin din mediul extern: diferite substanţe chimice, agenţi fizici (frigul, căldura, lumina), substanţe de origine vegetală (de exemplu flori de primulă), microbi (mai ales streptococi). Alteori, substanţele sensibilizante se formează chiar în corpul bolnavului datorită funcţiunii defectuoase a unor organe, printre care tubul digestiv, rinichiul şi mai ales sistemul nervos sînt cele mai importante. Tratamentul eczemei este foarte variat, în strînsă legătură cu aspectele clinice şi localizarea bolii. Dacă factorul sensibilizator a fost găsit, îndepărtarea lui va duce la o rapidă vindecare a bolii. În caz contrar, alături de un tratament local calmant, urmărind să reducă inflamaţia (prin comprese, prin pomezi cu substanţe reductoare, cum ar fi ihtiolul, gudronul sau preparatele cortizonice, prin raze X), se încearcă un tratament general desensibilizant nespecific, prin medicamente din grupul alerganului, preparate cortizonice, compuşi ai calciului, hiposulfit de sodiu, vitamină C etc.

edem, infiltraţie de lichid în ţesuturi. În mod obişnuit, între ţesuturi şi plasma sîngelui are loc un schimb neîncetat de lichide, facilitat de capilare. Dacă aceste lichide trec în cantitate excesivă în ţesuturile care se găsesc în preajma vaselor sau dacă, din diverse motive, resorbţia acestor lichide în sînge este împiedicată, se instalează edemul. Semnele exterioare ale edemului sînt evidente, mai ales în edemul feţei, al corpului sau extremităţilor: lichidul acumulat în ţesutul celular subcutanat tumefiază regiunea care devine păstoasă, palidă şi rece, deoarece circulaţia sîngelui este împiedicată de presiunile lichidului acumulat, iar dacă apăsăm cu degetul rămîne o înfundare a

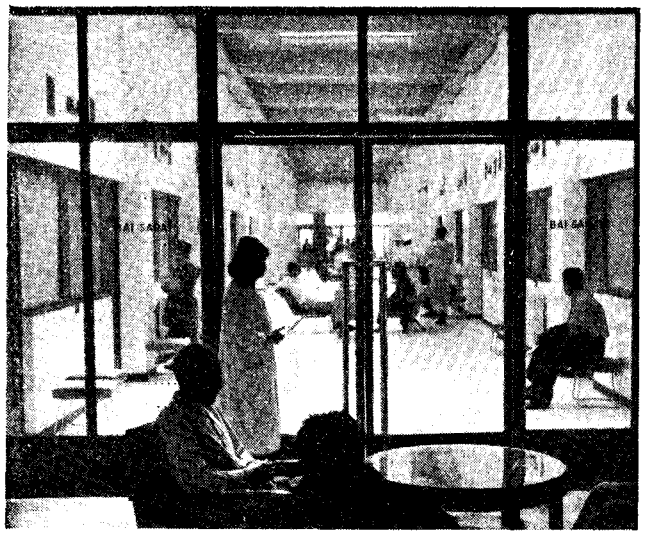
pielii care persistă cîteva secunde (godeu). Într-un stadiu mai puțin avansat de boală, edemele se reduc noaptea, prin repaus orizontal, și reapar în cursul sau spre sfîrșitul zilei, cînd bolnavul merge sau stă în picioare. După cauzele care îl provoacă deosebim mai multe feluri de edem. Există un edem mecanic sau de stază, datorit unei compresii externe, executate la nivelul unui membru (edem local), sau unei compresiuni interne, cum ar fi creșterea tensiunii venoase (varice, flebită, ciroză), care destinde vasele și împinge lichidele din venă în țesutul subcutanat din jur. În insuficiențele decompensate ale inimii se observă edeme generalizate; ele încep de obicei în regiunile mai îndepărtate de sediul inimii (laba piciorului, apoi gambă, coapsă). Progresiv, lichidul de edem cuprinde cavitățile: abdominală (ascită), pleurală, pericardiacă, dînd naștere *hidropiziei*. Concomitent are loc și edematierea viscerelor, primul organ congestionat de edem fiind ficatul (ficatul de stază). Dacă edemul cuprinde, așa cum se întîmplă în *insuficiența ventriculară stîngă* (vezi insuficiența cardiacă), alveolele plămînilor, survine edemul pulmonar, accident grav care reclamă intervenția de urgență a medicului. Edemele renale *(nefrită, nefroză)* se datoresc pierderilor mari de albumină din sînge, cînd se elimină prin urină; prin scăderea acesteia în plasma sanguină, se pierde un element care reținea apa în sînge și o împiedica să treacă în țesuturi. Alt element care participă la instalarea edemului renal este retenția în organism a clorurii de sodiu (sarea de bucătărie), care are loc în cursul bolilor de rinichi. Clorura de sodiu reținută în țesuturi absoarbe lichidele și participă astfel la instalarea edemului. Intervin, de asemenea, și leziuni generalizate ale capilarelor. Tulburările de nutriție (subalimentația cronică), care se însoțesc de o sărăcire a organismului în proteine, duc și ele la instalarea de edeme carențiale. La fel, sensibilitatea particulară (alergie) a organismului la unele substanțe alimentare (de exemplu: smeură, căpșuni, ouă) sau medicamente (edemul din boala serului), ca și acțiunea unor toxice asupra țesuturilor (înțepătură de viespe), unele boli ale glandelor endocrine (edeme premenstruale) sînt responsabile de unele edeme locale. *Edem pulmonar acut*, acumulare în alveolele pulmonare de lichid (transsudat) bogat în albumină și mucus. Este un accident brutal și grav care survine în urma stazei sanguine pulmonare provocată de o boală a inimii (leziune valvulară, boală hipertensivă, miocardită, infarct miocardic), de o boală de rinichi (nefrită) sau de o intoxicație (cu gaze de luptă). Cel mai adesea apare noaptea, sculînd bolnavul din somn. Poate surveni însă și în cursul zilei, după eforturi fizice, mese abundente sau emoții. Bolnavul este neliniștit de o sufocație, care crește în intensitate, din care cauză părăsește poziția culcată. În acest timp, tusea, care la început a fost uscată, se însoțește de o expectorație spumoasă rozată, care poate fi abundentă. *Tratamentul* este de urgență: sîngerare masivă (500—800 ml de sînge), injecție intravenoasă de strofantină, inhalație de oxigen.

edentație, lipsa unuia sau a mai multor dinți. Poate fi produsă datorită pierderii dinților cariați, netratați la timp, tratați incorect sau care prezintă condiții ce nu se pot trata (rădăcini curbe, calcificate etc.). Mai poate fi produsă și prin pierderea dinților în urma unei parodontoze, care nu a putut fi oprită în evoluția ei și dinții s-au mobilizat. Se întîlnesc uneori ambele cauze. Cel mai adesea, un tratament corect, aplicat la timp, poate salva un dinte. Edentația poate fi mare, mică, întinsă (spații mari), redusă (spații mici). Ea trebuie tratată prin lucrări protetice. În unele cazuri (lipsa unui singur molar) nu trebuie neapărat să se execute o proteză dacă nu se produc tulburări în masticație sau vorbire. Lipsa de tratament protetic la edentați produce deseori tulburări grave, fie la nivelul tubului digestiv (gastrite, colite, ulcer) fie în aspectul estetic, în fizionomia individului respectiv.

Școala mamei.

educație sanitară, disciplină medicală care a luat o mare dezvoltare în R.P.R. și făcînd parte din ansamblul măsurilor profilactice inițiate de stat pentru apărarea și întărirea sănătății întregii populații. Educația sanitară își propune nu numai să transmită publicului larg cunoștințe despre sănătate și boală. Principiul ei obiectiv este formarea și consolidarea deprinderilor unui trai sănătos, obținerea unei atitudini conștiente și active din partea fiecărui om, bazată pe convingerea despre foloasele aplicării în viață a normelor igienei individuale și

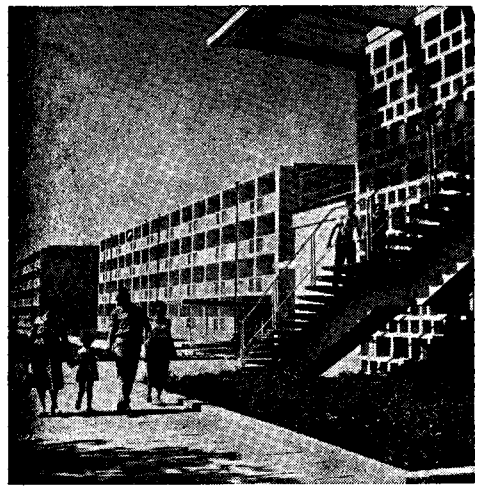
colective. Fiind cunoscut că depirinderile igienice se formează cel mai uşor şi sînt cele mai trainice la vîrsta tînără, educaţia sanitară în rîndurile şcolarilor are o însemnătate primordială şi se efectuează sistematic în şcoli,



Eforie — complexul balnear.

prin colaborare strînsă între organele Ministerului Învăţămîntului, ale Ministerului Sănătăţii şi Prevederilor Sociale, prin organizaţiile de Cruce Roşie, organizaţiile de pionieri şi U.T.M. Dar şi oamenilor de toate vîrstele li se adresează, în zilele noastre, forme variate de educaţie sanitară, prin filme medicale, emisiunile radioteleviziunii, difuzarea largă a cărţilor, broşurilor, tractelor şi afişelor educativ-sanitare, expoziţii, conferinţe, cursurile sanitare de masă ale Crucii Roşii, articole cuprinzînd sfaturi medicale, publicate în ziare şi reviste etc. Este în interesul oricărui om, indiferent de vîrstă, de ocupaţie şi de pregătirea sa intelectuală să acorde toată atenţia acestor forme variate de educaţie sanitară, care i se adresează numai în scopul de a-l ajuta să trăiască sănătos pînă la cît mai adînci bătrîneţe.

Eforie, staţiune balneo-climaterică maritimă, situată pe litoralul romînesc al Mării Negre, la 14 km sud de oraşul Constanţa; este compusă — de fapt — din două staţiuni: Eforie Nord şi Eforie Sud. Climatul staţiunii este stimulant datorită condiţiilor pe care le creează stepa dobrogeană din imediata apropiere, dar mult îndulcit prin influenţa factorilor climatici maritimi. Staţiunea beneficiază de numeroşi factori naturali de cură şi anume: marea, cu posibilităţile ei de cură, cu apa salină răcoroasă, asociată cu talasoterapie (tratamentul cu apa mării, mişcată de valuri); helioterapia marină care se practică pe plajele modern amenajate de la Eforie-Nord şi Sud; apa lacului Tekirghiol, sărată, mediu concentrată; nămolul sapropelic al acestui lac; climatul stimulant umezit de aerosolii marini. În anii puterii populare aceste staţiuni au fost dezvoltate. S-au construit numeroase sanatorii, restaurante, cluburi, localuri de deservire. S-au amenajat plajele, băile reci de nămol, s-au dezvoltat instalaţiile terapeutice, s-au deschis noi policlinici. Astăzi aceste staţiuni moderne primesc zeci de mii de bolnavi sau oameni veniţi la odihnă, copii sau adulţi, oameni ai muncii din patria noastră sau oaspeţi de peste hotare. Tratamentul în staţiune se face cu ajutorul factorilor naturali existenţi. Nămolul din lacul Tekirghiol este folosit atît în băi şi împachetări, cît şi pentru ungeri (onctiuni) pe malul lacului, urmate de expunere la soare pînă la uscarea lui şi apoi spălare sub duş de apă dulce sau — mai ales — în apa sărată a lacului. Indicaţiile trimiterii în staţiune sînt — în afară de odihnă — bolile aparatului locomotor (reumatisme stabilizate, rămăşiţe după accidente sau operaţii), ale aparatului genital feminin (metroanexite cronice, sterilitate), boli de nutriţie (obezitate, gută), tuberculozele extrapulmonare stabilizate (formele osoase, articulare, cutanate),



Eforie-Nord.

boli de piele (psoriazisul), boli de copii (rahitismul, debilitatea) etc. Nu este indicată trimiterea în această staţiune a bolnavilor

febrili, cu insuficiență cardiacă, respiratorie, renală, boala Basedow, stări nervoase, cu depresiune sau excitație, ori cu arterioscleroză avansată.

efort, activitate crescută a unui organ, sau a întregului organism. Pentru aprecierea capacității de muncă sau a gradului de îmbolnăvire la om, se supune organismul la diferite probe de efort, cu urmărirea respirației, a circulației, a temperaturii corpului etc. înainte, în timpul și după efectuarea efortului. Probele de efort mai utilizate sînt: a) *efortul fizic* realizat cu ajutorul *bicicletei ergometrice* sau al *covorului rulant*, ori prin suirea și coborîrea, într-un ritm rapid, a unei scărițe speciale; b) *efortul termic* constă în încălzirea sau răcirea mediului în care se află organismul, fapt care impune o activitate crescută a mecanismelor de termoreglare (vezi termoreglare); c) *efortul alimentar* constă în administrarea anumitor tipuri de alimente cu urmărirea ulterioară a metabolizării lor în organism (exemplu: *proba de încărcare* cu glucide la diabetici, sau de *încărcare cu lipide* la obezi, sau de *încărcare cu proteine* în cursul urmăririi acțiunii specific dinamice a alimentelor). Pentru efectuarea probelor de efort amintite trebuie stabilit mai întîi intensitatea efortului impus persoanei cercetate, urmărindu-se ulterior modificările ce apar în organism. Măsurarea efortului depus de organism pentru efectuarea anumitor operații sau activități se numește *ergometrie* (*ergon*, în limba greacă = activitate, lucru). Aparatele utilizate pentru ergometrie (ergometrele) sînt de tipul ergometrelor amintite (covor rulant, bicicletă ergometrică) sau dinamometrul ori calorimetrul. Principiul de măsurare se bazează pe faptul că sînt cunoscute din fizică anumite echivalențe între *energia* termică, electrică etc. înregistrată la aparatul de efort și *lucrul mecanic* efectuat de organism.

Probe de rezistență la efort, pentru sportivi.

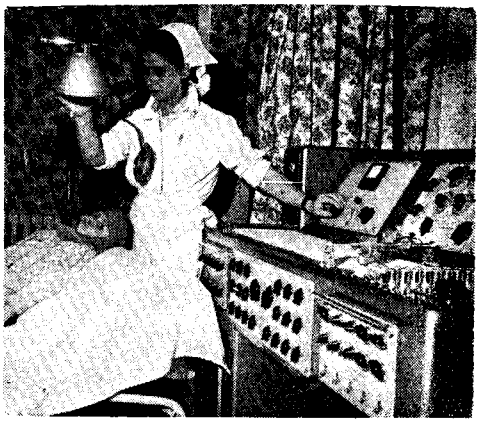
Ehrlich Paul (1854—1915), bacteriolog, imunolog și biochimist german. S-a făcut cunoscut prin lucrările sale asupra seroterapiei și, mai ales, prin descoperirea, împreună cu japonezul Hata, a eficacității arsenobenzolilor (preparatul Salvarsan) în tratamentul sifilisului. I s-a decernat Premiul Nobel în 1908.

electrocardiografie, metodă de explorare a stării fiziologice a inimii; ea cercetează modificările de excitabilitate și conductibilitate a fibrelor musculare ale inimii (miocardului) prin înregistrarea potențialelor electrice, care iau naștere în timpul activității sale. Cînd mușchiul cardiac intră în activitate, segmentul excitat se încarcă electronegativ în raport cu porțiunea aflată „în repaus"; această diferență de potențial dă naștere unui curent electric. Acest curent, denumit „curent de acțiune", se propagă prin întregul corp. El poate fi captat cu ajutorul unui aparat special, *electrocardiograf*, care îl înscrie pe o bandă de hîrtie: *electrocardiogramă*. Aceasta este compusă dintr-o serie de unde și intervale caracteristice, care oglindesc procesele de excitație și de relaxare a miocardului. Pentru înregistrarea electrocardiogramei, curenții inimii sînt derivați de la suprafața corpului cu ajutorul a doi electrozi care se aplică în diferite puncte ale corpului (torace, membre) și conectați la electrocardiograf. Studiul combinat al mai multor derivații permite să se obțină o imagine mai fidelă despre starea diferitelor segmente ale miocardului în cursul diverselor procese: inflamatoare, de scleroză, toxice sau metabolice. Electrocardiografia are un rol însemnat în diagnosticul tulburărilor ivite în circulația vaselor coronare, mai ales în urmărirea infarctului de miocard, ca și în examenul tulburărilor de ritm.

electrocutare, accident datorit curentului electric. Se produce din neglijență, prin nerespectarea măsurilor de protecție, prin nerespectarea semnelor care indică locurile periculoase. Au importanță următorii factori: a) voltajul: sub 220 V, produce fibrilație ventriculară; între 220 și 1 000 V, pe lîngă fibrilație ventriculară, se produce inhibarea centrului respirator; peste 1 000 V se produce paralizia centrilor respiratori; amperajul înalt pare mai puțin periculos decît cel scăzut; b) felul curentului: curentul alternativ este mai periculos de cît cel continu; c) rezistența corpului: de mare importanță este rezistența pielii, care cînd este uscată, reprezintă 5 000 ohmi, iar cînd este umedă, scade la 1 000 ohmi; d) umiditatea pielii creează deci condiții favorizante pentru electrocutare; hainele umede, ghetele umede sau cu ținte pe talpă, planșeul bun conducător de electricitate sînt de asemenea cauze favorizante. Prognosticul este influențat și de rezis-

tenţa generală a organismului, scleroza cardiovasculară, alcoolismul, vîrsta înaintată şi hipertiroidiile, reprezentînd cauze agravante. De asemenea, prognosticul este influenţat şi de drumul pe care îl urmează curentul prin corpul electrocutatului: dacă trece prin membrele superioare şi prin torace, prognosticul este mai grav. Prin electrocutare se produc tulburări generale şi locale. Tulburările generale constau în oprirea inimii şi a respiraţiei, care pot produce moartea imediat, fie prin fibrilaţie ventriculară, fie prin paralizia centrilor respiratori, fie prin amîndouă. Leziunile locale sînt produse de scînteie şi seamănă cu arsurile obişnuite, dar sînt mai adînci. Tratamentul în electrocutare este de extremă urgenţă. În primul rînd, accidentatul trebuie scos din circuitul electric, fie întrerupînd curentul, fie scurtcircuitîndu-l spre pămînt cu ajutorul unei bare de fier; accidentatul va fi apucat cu un obiect rău conducător de electricitate (mănuşi, o bucată de stofă) şi tras de picioare; la nevoie va fi împins cu o scîndură uscată. Nu se va pune mîna pe el, deoarece există pericolul electrocutării pentru cel care vrea să-l salveze. Dacă nu respiră, se începe imediat respiraţia artificială, care trebuie continuată la nevoie multe ore, chiar în timpul transportului spre spital. Dacă inima este oprită, trebuie făcut masaj cardiac, care pentru a fi eficace trebuie început în primele minute. După reanimarea bolnavului se face tratamentul arsurilor. Prevenirea accidentelor prin electricitate este de cea mai mare importanţă şi este posibilă prin măsurile de protecţia muncii, prin lămurirea muncitorilor din industria electrică şi a întregii populaţii în special în şcoli arătîndu-se gravitatea lor şi insistîndu-se asupra faptului că electrocutarea se poate face nu numai prin curent de înaltă tensiune, dar şi prin curent de joasă tensiune. Chiar curentul de 110 V poate produce moarte prin electrocutare, dacă omul este în baie şi pune mîna pe o lampă de masă cu fire neizolate, sau utilizează o maşină de călcat de asemenea cu fire neizolate şi stă desculţ pe duşumeaua umedă.

electroencefalografie, metodă de cercetare a activităţii creierului prin înregistrarea grafică a potenţialelor electrice care iau naştere în celulele sistemului nervos central. Orice celulă în repaus este electropozitivă la exterior şi electronegativă în interior. O excitaţie sosită la celulă determină o inversiune de semn; la exterior devine electronegativă şi în interior electropozitivă. Datorită interacţiunilor celulare în funcţie, iau naştere în diferite zone din cutia craniană curenţi de inducţie, care cu ajutorul unui aparat (electroencefalograf) sînt amplificate şi înregistrate pe hîrtie. După aspectul căpătat, vorbim de unde electrice, care pot fi mai repezi (mai frecvente) sau mai rare, mai joase ori mai înalte (adică au o frecvenţă şi o amplitudine). Prin compararea electroencefalogramei la omul sănătos cu cea a omului bolnav, se pot trage concluzii asupra caracterului leziunii din creier. Deci, electroencefalograma constituie un ajutor preţios în mîna medicului, pentru stabilirea diagnosticului, localizării unei leziuni cerebrale sau urmăririi efectului tratamentului.

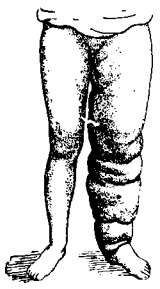


Electroencefalografie.

electroforeză, examen de laborator prin care se înregistrează migrarea particulelor încărcate electric dintr-o soluţie coloidală spre polul anod (sau catod) la trecerea unui curent electric. În analizele de laborator necesare precizării diagnosticului unor boli, ea este aplicabilă în special proteinelor din sînge, pentru determinarea cantităţilor lor procentuale sau a modificării lor calitative în anumite procese patologice. Se execută în laboratoarele de biochimie după mai multe metode, dintre care cea mai cunoscută este electroforeza pe hîrtie. Serul sanguin se aplică pe o hîrtie de filtru îmbibată într-o soluţie tampon (care condiţionează încărcarea electrică a proteinelor şi direcţia de migrare) şi se aşază într-un cîmp electric, cu potenţial uniform şi constant, aplicat la capetele benzii de hîrtie. Fracţiunile proteice migrează pe hîrtie, antrenate de curentul electric, într-un anumit timp, după care se pun în evidenţă prin colorare şi se determină cantitativ. Rezultatele sînt consemnate în aşa-numita proteinogramă, care poate da multe indicaţii pentru precizarea diagnosticului unor boli infecţioase, boli ale sîngelui sau neoplasme. Aceeaşi tehnică se aplică şi în studiul lipidelor (grăsimilor) din serul sanguin, lipide care se găsesc mai mult legate de proteine, constituind aşa-numitele lipoproteine. Rezultatul electroforezelor lipidelor ia denumirea de lipidogramă. La fel, cercetarea glucidelor (zaharurilor) din sînge cu această tehnică ia denumirea de glucidogramă.

eledon, babeurre semidegresat, în pulbere. Are două avantaje faţă de *babeurre*: este complet steril şi are o cantitate mai mare de grăsimi (14 g ‰ — semidegresat), ceea ce face

posibilă întrebuinţarea lui mai mult timp, fără pericole de carenţă. Din acelaşi motiv, însă, este uneori mai rău tolerat de unii sugari cu tulburări digestive grave sau prelungite; în aceste cazuri se indică *babeurre*-ul complet degresat în pulbere „Guigoz" sau *babeurre*-ul preparat din lapte de vacă. Se prepară prin diluarea unei cantităţi de 10 g eledon la 100 ml apă călduţă (concentraţie 10%); apa nu se mai fierbe după aceea, fiindcă produsul se brînzeşte. Valoarea calorică: 420 de calorii la litru de eledon dizolvat. Pentru însuşirile preparatului şi pentru indicaţii vezi *babeurre*.



Elefantiazis.

elefantiazis, creşterea monstruoasă a unui segment de membru, a unui membru în întregime sau a altei regiuni a corpului, datorită unui edem inflamator cronic al dermului şi al ţesutului subcutanat însoţit de scleroză. Localizarea mai frecventă este la membrele inferioare şi la organele genitale. Apare la adolescent sau la adult şi se datoreşte unei staze limfatice, consecinţa obstrucţiei căilor limfatice prin procese inflamatorii cronice repetate, de obicei streptococice. Elefantiazisul membrului inferior prinde progresiv piciorul, gamba şi mai tîrziu coapsa, care se îngroaşe, devenind diforme. Pielea este întinsă, cartonată, nu poate fi cutată, dar îşi păstrează mobilitatea pe planurile profunde. Prin apăsare, edemul nu lasă urmă. În dreptul articulaţiilor se formează şanţuri. Mai tîrziu, pielea devine groasă, luînd aspectul de piele de elefant. Nu există un tratament curativ, dar prin prevenirea infecţiilor şi prin tratamentul chirurgical care are scopul să dreneze căile limfatice superficiale spre regiunile profunde, musculare, prin rezecţii întinse ale aponevrozelor, se obţin unele ameliorări.

elongaţie — vezi vertebroterapie.

emanoterapie, tratamentul cu emanaţii radioactive cum sînt radonul, toronul etc. Ele provin din radium şi toriu, au formă gazoasă şi se găsesc în apele minerale radioactive.

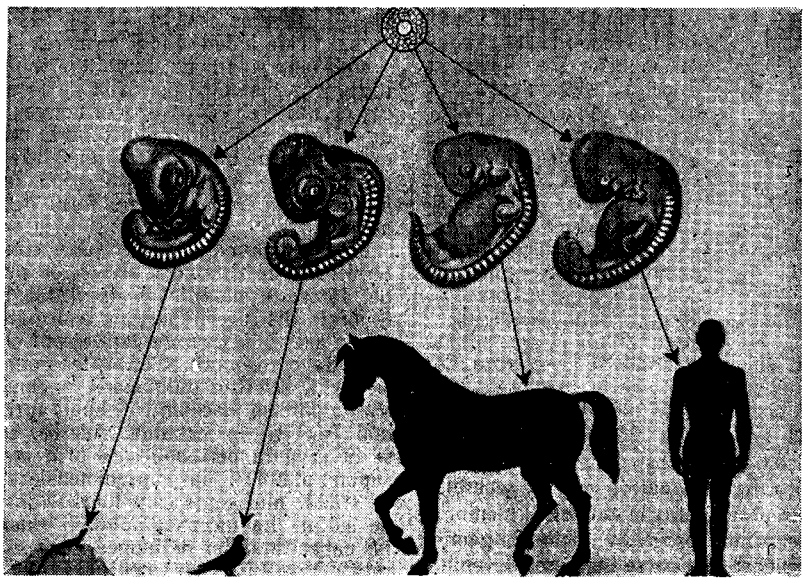
embolie, proces patologic rezultat în urma astupării unui vas sanguin sau limfatic de către un *embol*, deobicei cheag, care nu se găseşte în mod normal în circulaţie, fiind adusă de curentul sanguin sau limfatic de la locul său de formare, uneori de la distanţe mari. Sîngele nu mai poate pătrunde în vasul blocat din care cauză ţesuturile irigate de vasul în cauză vor suferi. Embolia reprezintă o complicaţie a altei afecţiuni care dă naştere la cheaguri de sînge, cum se întîmplă în flebite, endocardite lente cu vegetaţii pe valve care se pot mobiliza trecînd în curentul sanguin, în cursul unui infarct miocardic, după unele operaţii, concomitent cu unele boli infecţioase sau consecutiv unor fracturi. Emboliile gazoase se datoresc pătrunderii aerului în vase, în cursul operaţiilor sau gazelor eliberate chiar de sînge, aşa cum se întîmplă la scafandri sau la muncitorii din chesoane, în cursul trecerii bruşte de la o presiune mare la una scăzută, fără să fi respectat măsurile de protecţie a muncii. Embolia are, în majoritatea cazurilor, urmări grave ce depăşesc pe cele ale afecţiunii de baz care a determinat formarea embolului.

embrion, stadiu de dezvoltare a unui organism, cuprins între perioada de fecundaţie şi cea de naştere. Pentru specia umană, noţiunea de embrion este dată oului pînă la dezvoltarea existentă către luna a patra, după care produsul de concepţie se denumeşte pînă la naştere *fetus* sau *făt*. După naştere, fătul devine *nounăscut*.

emfizem pulmonar, afecţiune cronică, determinată de dilatarea alveolelor pulmonare. Se datoreşte modificării ţesutului pulmonar în urma distrugerii parţiale a armăturii elastice a acestuia. Cauzele variate pot conduce la apariţia emfizemului: bronşite cronice, bron şiectazii, scleroze pulmonare, pneumoconioze. Vîrsta pare să joace un rol, boala întîlnindu-se mai frecvent la vîrstnici. Adesea, emfizemul se observă la persoane care prin meseria lor supun plămînii la supradistensie: suflători în sticlă, muzicanţi care folosesc instrumente de suflat. La început, bolnavii suferă puţin, iar capacitatea lor de muncă nu le este tulburată. Progresiv apar modificări de bronşită, iar în fazele avansate pe primul plan se situează suferinţele din partea inimii. Aspectul emfizematosului este caracteristic: el este dispneic, cu o expiraţie prelungită, şuierătoare. În formele mai avansate prezintă cianoză a feţei şi extremităţilor, proeminarea venelor de la gît, iar cutia toracică este bombată ca un butoi. Evoluţia bolii este de lungă durată şi conduce către insuficienţă cardiacă progresivă; dispneea apare la cel mai mic efort. *Tratament*: în fazele iniţiale este foarte indicată gimnastica respiratorie, care are drept scop ameliorarea schimburilor gazoase şi păstrarea elasticităţii pulmonare. În scop profilactic se vor trata cu atenţie bronşitele cu repetiţie şi toate afecţiunile pulmonare care favorizează emfizemul. *Tratamentul cu antibiotice* este rezervat numai în cazurile în care se constată o acutizare a manifestărilor cronice pulmonare. În caz de suferinţă a inimii, medicul administrează tonicardiace.

emotivitate, stare de reacţie emoţională a unui individ. Faţă de diferite modificări ale ambianţei fizice şi sociale (zgomote bruşte, apariţia unei persoane), fiecare organism reacţionează printr-o stare emotivă normală sau crescută (hiperemotivitate), manifestată prin semne felurite, cum sînt: roşirea feţei, transpiraţie sau paloare, creşterea frecvenţei respiraţiei şi a pulsului etc. Unele emoţii puternice pot provoca micţiunea sau defecaţia spontană, ori

chiar tulburări respiratorii şi circulatorii foarte intense, care să ducă la accidente mortale. Hiperemotivitatea poate apărea ca o trăsătură constituţională *(constituţie emotivă)* şi în aceste cazuri ea nu este de obicei un element care să tulbure viaţa omului, dacă acesta trăieşte în condiţii normale de viaţă şi muncă. Hiperemotivitatea poate apărea însă şi în unele boli psihice, traducîndu-se prin crize de plîns



Pînă la un anumit stadiu de dezvoltare, embrionii multor fiinţe se aseamănă foarte mult.

sau de veselie nejustificate. Unele tulburări datorite hiperemotivităţii pot fi corectate printr-o educaţie dată copiilor încă din perioada preşcolară sau pot fi combătute cu ajutorul medicamentelor cu acţiune liniştitoare asupra sistemului nervos. Scăderea intensităţii reacţiilor emoţionale (hipoemotivitate, indiferenţă, apatie) se întîlneşte la bolnavi psihici, în cazurile de dezvoltare incompletă a sistemului nervos sau în stările de pierdere a cunoştinţei (leşin, comă).

empirismul medical are o mare răspîndire nu numai în ţările slab dezvoltate, dar chiar şi în statele capitaliste cu o veche tradiţie a medicinei ştiinţifice. De altfel, folosirea termenului „empirism" pentru a desemna exercitarea profesiunii medicale de către persoane fără pregătire corespunzătoare nu este prea corectă. În antichitate a existat o şcoală de medicină a empiriştilor, care pretindeau că pun la baza activităţii medicale numai experienţa practică, excluzînd discuţiile speculative. Într-adevăr, empirismul preconizează limitarea la datele experienţei şi evitarea teoretizării. Empiricii medicali din ţările capitaliste nu sînt însă profesionişti care să fi beneficiat de o pregătire practică sistematică, ci în majoritatea cazurilor sînt simpli impostori, semianalfabeţi, care declară îndeobşte că acţionează pe temeiul fie al unei „revelaţii", fie al unor principii „ştiinţifice" fanteziste. Profitînd de indiferentismul celor care ar fi obligaţi să ia poziţie, aceşti „vindecători" utilizează toate formele de reclamă pentru a-şi recruta clientela. În Franţa, de pildă, „Gruparea naţională a practicienilor medicinei libere" editează un anuar cu „specialităţile", adresele şi orele de „consultaţie" ale empiricilor. Unii din ei aplică, fără discernămînt, anumite metode de tratament utilizate, cu sau fără rezerve, şi de medicii cu pregătire ştiinţifică, ca de exemplu acupunctura, hipnotismul, homeopatia, dietetica vegetariană, masajul, electroterapia etc. Majoritatea empiricilor occidentali recurg însă la practici şi manopere iraţionale, care nu au alt merit decît acela de a impresiona pe bolnavii creduli. Există, astfel, numeroşi specialişti în „magnetism animal", care „acţionează" cu ajutorul unui misterios fluid transmis prin extremităţile degetelor mîinii, specialişti în „radiestezie", care pretind că pun diagnosticul şi fixează tratamentul pe baza „indicaţiilor" unui pendul plimbat deasupra corpului bolnavului, specialişti în „chiropracţie", în „vertebroterapie" şi în „osteopatie" care afirmă că bolile se datoresc unor infime subluxaţii la nivelul articulaţiilor vertebrale, specialişti în „yoga medicală", care tratează bolile prin exerciţii de respiraţie, „fizioterapeuţi" care îşi bazează prescripţiile pe presupusele calităţi curative ale pămîntului sau ale apei reci, specialişti în „simpaticoterapie", care preconizează gîdilarea mucoasei nasului, specialişti în „cromoterapie" care indică culorile cu „virtuţi vindecătoare" în diferite afecţiuni, specialişti în punerea diagnosticului „la distanţă", în absenţa suferindului, care trimite

doar o şuviţă de păr, o bucăţică de unghie sau o sugativă udată în salivă, specialişti în „mistică medicală", care tratează prin rugăciuni făcute împreună cu bolnavul. Din această simplă enumerare, desigur incompletă, a ramurilor empirismului medical ce se practică în anumite ţări, rezultă cît de îndrăzneţi devin şarlatanii dacă autorităţile nu înţeleg să apere sănătatea maselor. De multe ori, tratamentele indicate de asemenea indivizi fără scrupule sînt nu numai foarte costisitoare, dar şi vătămătoare. Chiar cînd sînt nepericuloase, ele dăunează bolnavului deoarece întîrzie tratarea acestuia de către un medic calificat, care acţionează cu atît mai temeinic, cu cît boala se află într-un stadiu mai timpuriu. În ţara noastră, în condiţiile dezvoltării unei reţele unitare care asigură larga accesibilitate a maselor la asistenţa medicală calificată, practicile empirice sînt în mod practic lichidate. Pe de altă parte, şarlatanismul medical este interzis şi pedepsit de legile statului. Oamenii muncii au încredere în medicina ştiinţifică, ale cărei succese furnizează argumente din cele mai convingătoare în lupta împotriva superstiţiilor de tot felul.

encefalită, boală infecţioasă acută, produsă prin localizarea infecţiei la nivelul creierului. Mulţi agenţi patogeni pot produce encefalită: bacterii, virusuri, rickettsii, ciuperci, paraziţi. Uneori, localizarea agentului patogen în creier se face ca o complicaţie în cursul unei boli infecţioase generale, producîndu-se astfel encefalite secundare (poliomielită, herpes, oreion, meningită limfocitară benignă, tuse convulsivă, rujeolă, varicelă postvaccinală după vaccin antivariolic). Encefalitele primitive: localizarea agentului patogen se face de la început şi obligatoriu în creier. Acestea vor fi descrise aici. Semnele bolii: de obicei, bolnavii au febră şi semne care arată atingerea sistemului nervos central (somnolenţă, stare confuzională, chiar comă, delir, uneori agitaţie, convulsii, uneori paralizii diferite, modificări de lichid cefalorahidian). Encefalitele virotice sînt cele mai importante. *Encefalita siberiană de primăvară-vară*, boală acută, epidemică, transmisă la om de cîteva specii de căpuşe, produsă de un virus, rezervorul de virus constituindu-l diferite animale (rozătoare, iepuri, păsări). Atinge în special muncitorii forestieri. Dă o mortalitate de 5—30%. Este răspîndită mai ales în Siberia şi Extremul Orient. *Encefalita japoneză*, boală acută, infecţioasă, contagioasă, produsă de un virus, transmisă la om prin cîteva specii de ţînţar. *Rezervorul de virus*: animale (cai, oi, vite, păsări). Este răspîndită în Japonia, China, Filipine, Vietnam, Coreea, Australia, dă o mortalitate de 50%. Survine în epidemii întinse. *Encefalite americane*: boli acute, contagioase-infecţioase, transmise de ţînţar, produse de cîteva virusuri. *Rezervorul de virus*: *păsări* (pentru encefalita St. Louis); cai (pentru encefalitele ecvine). Mortalitatea între 5 şi 30%. *Encefalita scoţiană*: boală acută infecţioasă, contagioasă, produsă de un virus, transmisă de căpuşă. Rezervorul de virus îl constituie oile bolnave. Este răspîndită în Anglia şi Scoţia. *Encefalitele africane*, cu virusuri numeroase, transmisă de ţînţar, cu rezervorul de virus, rozătoarele. *Encefalita epidemică letargică* (sau de tip A, sau von Economo): boală acută infecţioasă, contagioasă, produsă foarte probabil de un virus (încă neizolat), caracterizată prin febră şi în special stare de somn prelungit, paralizii oculare. În 1919—1929 a fost o epidemie mare pe tot globul cu peste 80 000 de cazuri. Febra durează 5—30 de zile; în acest timp bolnavii au o somnolenţă irezistibilă: adorm cu uşurinţă oriunde s-ar afla. Pot fi treziţi din somn, dar adorm imediat. În cazuri grave se produce comă profundă. Apar de cele mai deseori şi paralizii oculare (paralizie de acomodare a vederii la distanţă, căderea pleoapei cu imposibilitate de a o ridica) şi alte tulburări neurologice (tremurături, contracţii musculare). Boala durează cîteva săptămîni; se vindecă cam în 70% din cazuri. Unii bolnavi rămîn cu tulburări cronice (după luni sau ani de zile apare sindromul numit parkinsonism postencefalitic, manifestat prin rigiditate musculară, lipsa mişcărilor spontane, faţa imobilă, tremurături şi alte mişcări involuntare, cu evoluţie lentă de ani de zile şi progresivă). Mai există numeroase *encefalite* probabil virotice, la care virusul încă nu s-a izolat, care apar sub formă de cazuri sporadice, la copii sau adulţi, cu aspecte anatomopatologice variabile. *Encefalitele secundare* pot apărea drept complicaţii ale unor boli produse de bacterii (meningite bacteriene, septicemii, meningită tuberculoasă, tuse convulsivă, febră tifoidă), de rickettsii (tifos exantematic), de protozoare (malarie, toxoplasmoză), de ciuperci (torula). *Tratamentul* se poate adresa agentului cauzal numai în cele bacteriene, cu rickettsii, cu unele protozoare sau ciuperci. În acest caz se foloseşte antibioticul la care este sensibil agentul patogen. Encefalitele virotice nu au un tratament cauzal, antibioticele cunoscute neavînd acţiune asupra virusurilor. Ele se tratează simptomatic, îngrijirile igienice şi alimentaţia fiind pe primul plan. *Profilaxia* pentru unele encefalite virotice se face prin distrugerea vectorului (ţînţar, căpuşe) şi prin vaccinarea populaţiei pentru cele la care s-a putut prepara un vaccin (encefalită japoneză, siberiană). Din punctul de vedere al legislaţiei, la noi numai encefalita epidemică letargică face parte din grupa A, deci de declarare şi izolare obligatorii în spitalul de boli contagioase.

endemie, persistenţa unei boli într-o regiune, timp îndelungat printr-un şir neîntrerupt de cazuri sporadice sau mici focare epidemice. De exemplu, trahomul (conjunc-

tivita granuloasă) este endemic într-o serie de țări calde. Cînd boala endemică evoluează cu izbucniri epidemice se numește endemo-epidemică. De exemplu, febra tifoidă poate evolua endemic cu izbucniri epidemice vara și toamna. Dacă asocierea între cuvîntul endemie și bolile contagioase este cea mai frecventă, sînt însă și cazuri cînd acest cuvînt poate indica și persistența unui număr de cazuri de boli nemicrobiene (gușa endemică).

endocardită, inflamare a foiței interne a inimii (endocardul) mai ales în regiunea valvulelor cardiace. Cel mai des întîlnită este *endocardita reumatismală*. Obișnuit, ea este precedată cu 1—3 săptămîni de o amigdalită sau de un catar al căilor respiratorii. Debutul propriu-zis al bolii constă în febră, uneori dureri și modificări la nivelul încheieturilor. La auscultația inimii, în focarele care corespund valvulelor, se poate descoperi un suflu, la început mai slab, ulterior mai puternic. Procesul reumatic lezează de regulă unul din aparatele valvulare, mai ales pe cel mitral sau cel de la nivelul aortei. După cicatrizarea acestor leziuni reumatice, valvulele rămîn de obicei mutilate. *Endocarditele septice*, denumite pentru gravitatea lor endocardite maligne, provoacă leziuni întinse în endocard și pe valve, se însoțesc de stări infecțioase, frecvent mortale, și adesea dau naștere la emboluri, cheaguri de sînge sau fragmente desprinse din vegetațiile constituite pe valve, care sînt antrenate de curentul sanguin. Aceste embolii constituie cauza unor boli grave, în funcție de organul în care s-au localizat și de teritoriul mai mult sau mai puțin întins în care au dus la suprimarea circulației: infarct cerebral cu paralizie, infarct pulmonar, gangrena membrelor. Endocarditele septice sînt de trei feluri: acute, subacute și lente. Primele două forme sînt extrem de grave; din fericire, sînt excepționale. *Endocardita lentă* interesează cel mai mult din punct de vedere practic, pentru că este mai frecventă de cît formele precedente și răspunde bine la tratament. Ca toate endocarditele septice, are o origine bacteriană, datorită celor mai frecvenți germeni, care se fixează de obicei pe un defect valvular (stenoză mitrală, insuficiență aortică) sau pe un defect congenital cardiac. Trebuie suspectat ca atare un vechi cardiopat valvular cu o stare febrilă prelungită, mai ales dacă mai prezintă unele pete și noduli pe piele, ficat sau splină crescute de volum. Hemocultura, adică căutarea germenilor patogeni în sînge, care este cultivat pe medii și în condiții de laborator, poate confirma diagnosticul. *Profilaxia* endocarditelor constă în tratarea din vreme și asanarea sub protecția de antibiotice a focarelor: angine, sinuzite, otite. *Tratamentul* endocarditei reumatismale este spitalicesc. Pe lîngă salicilat de sodiu, aspirină, piramidon, se mai recurge la preparatele de cortizon. În endocarditele septice se aplică tratamentul de bază cu antibiotice, pe baza hemoculturii pozitive și a testării sensibilității microbiene la antibiotice.

endocillin — vezi antibiotic.

endocrinologie, știință despre structura și funcțiile glandelor cu secreție internă (care fiind lipsite de canal de excreție, își varsă produsul lor de secreție — hormoni — direct în sînge). Aceste glande sînt: hipofiza, tiroida, paratiroidele, epifiza, suprarenalele, pancreasul endocrin și glandele genitale (ovare și testicul). Această ramură, relativ tînără, a științei medicale se mai ocupă bineînțeles și de bolile legate de afectarea acestor glande și de tratamentul lor. Primele elemente de endocrinologie datează de la mijlocul secolului al XIX-lea. Basedow a descris (1840) boala care îi poartă numele, Addison (1855) a izolat insuficiența capsulelor suprarenale, iar fiziologul german Berthold a demonstrat (1849) că transplantarea în cavitatea abdominală a testiculelor la cocoșii tineri castrați împiedică apariția tulburărilor provocate de castrare. Dezvoltarea ulterioară a endocrinologiei este legată de numele lui Claude Bernard, care a introdus (1855) termenul de „secreție internă", și de al lui Brown-Séquard, care a propus o concepție îndrăzneață și fecundă, după care, alături de reglarea nervoasă, organismul mai este supus unei reglări datorită secrețiilor glandulare deversate în curentul sanguin. La începutul secolului al XX-lea, în baza numeroaselor experiențe privind extirparea și transplantarea diverselor glande cu secreție internă, s-a stabilit rolul fiecărei glande, s-a aprofundat caracterul unor boli legate de tulburarea funcțiilor lor și de interacțiunea dintre aceste glande. Endocrinologia s-a clădit deci în trei etape: după faza clinică, a urmat cea experimentală, iar în ultimele decenii a urmat perioada chimiei, care a adîncit cunoștințele noastre privitor la valoarea acestor glande, izolînd și preparînd ulterior pe cale sintetică diferiți hormoni. Un rol important l-a jucat în tot cursul primei jumătăți a secolului nostru academicianul C. I. Parhon, fondatorul endocrinologiei în țara noastră și autorul primului tratat de endocrinologie din lume.

endoscopie, metodă de cercetare a organelor cavitare ale corpului (vezică urinară, stomac), a unor căi (uretră, esofag, bronhii, rect) sau a unor cavități (pleurală, peritoneală) prin examinarea lor directă cu ajutorul unor aparate speciale numite endoscoape. Endoscoapele sînt tuburi prevăzute cu un sistem optic și bec de iluminat, avînd diferite forme după organul care trebuie explorat: cistoscop, esofagoscop, gastroscop, rectoscop, pleuroscop.

enterocolită acută, afecțiune datorită inflamației acute a intestinului subțire și gros. Cauzele enterocolitei sînt în primul rînd toxiinfecțiile cu diferite bacterii. Ea mai poate

fi provocată de greşeli alimentare (mese abundente, alimente alterate sau iritante). Unele medicamente pe bază de acid salicilic, arsenic sau mercur pot duce la acelaşi rezultat. De obicei, după o greşeală alimentară, bolnavul se plînge de greaţă, poate prezenta vărsături, acuză colici abdominale. Curînd apar scaune moi, frecvente (10—20 pe zi), precedate şi însoţite de colici, cu senzaţie de arsură la anus. Starea generală se alterează rapid: febră, semne de deshidratare cu sete intensă, limbă uscată, tendinţă de leşin. Se recomandă să se facă examenul bacteriologic al scaunelor (coprocultura), care poate pune în evidenţă microbul în cauză. *Tratamentul profilactic* constă în respectarea principiilor de igienă alimentară. Cel curativ începe cu regim strict hidric în primele 24—48 de ore: apă cu linguriţa, ceai slab neîndulcit, zeamă de orez sărată. Deshidratarea va fi combătută prin administrarea de perfuzii cu ser fiziologic. După liniştirea fenomenelor acute se trece progresiv la supă de zarzavat strecurată, supe groase de orez, legume pasate prin sită, carne slabă fiartă, brînză de vacă, pîine albă prăjită. Ca medicaţie se dau antibiotice (streptomicină, cloramfenicol). Durerile se combat cu beladonă şi prişniţe alcoolizate pe abdomen.

entorsă, leziune traumatică, consecinţa unei mişcări forţate într-o articulaţie, cu întinderea sau ruperea ligamentelor. Primul simptom este durerea, uneori foarte vie şi care se exagerează la cea mai mică mişcare. În cîteva ore apare un edem important al regiunii

Entorsă.

care se deformează; peste 1—2 zile apar echimoze (vînătăi) care trădează o hemoragie profundă (echimoză tardivă). Mişcările în articulaţie sînt foarte dureroase şi bolnavul nu mai poate utiliza membrul respectiv. Cea mai frecventă entorsă este în articulaţia tibiotarsiană (la gleznă) şi se produce cu ocazia săriturilor sau cînd omul se împiedică şi piciorul ia contact cu pămîntul prin marginea lui externă (entorsă prin adducţie forţată). Ca prim *tratament* trebuie să se facă o infiltraţie periarticulară cu soluţie de novocaină 0,5%. După accident se va imobiliza articulaţia cu o faşe şi apoi se va face o radiografie pentru a se exclude eventualitatea unei leziuni osoase. În cazurile cu smulgeri de tendoane este necesară o imobilizare cu feşi gipsate timp de 2—3 săptămîni. După diminuarea durerilor se va începe masajul, care va fi foarte uşor, în direcţia rădăcinii membrului.

entropion, răsturnarea spre globul ocular a marginii pleoapei, provocată de obicei de cicatrice formate la nivelul membranei conjunctivale, care acoperă scheletul cartilaginos al pleoapelor (tarsul). Această deviere a pleoapei este foarte frecvent întîlnită în faza finală a trahomului (vezi conjunctivită — granuloasă). Entropionul poate fi produs şi prin spasmul fibrelor muşchiului orbicular al pleoapelor. Răsturnarea spre glob a pleoapei face ca genele să vină în contact cu corneea, provocîndu-i ulceraţii. Corectarea entropionului se face prin intervenţie chirurgicală.

enurezis, emisiune involuntară de urină, la o vîrstă cînd copilul îşi controlează în mod normal vezica urinară. Se consideră că la vîrsta de 3 ani majoritatea copiilor posedă controlul vezicii, dar 12,2% dintre copiii de 4 ani şi 7,3% dintre copiii de 7 ani pot avea, rareori, cîte o emisiune involuntară de urină, noaptea (fără semnificaţie patologică). Peste vîrsta de 3 ani, enurezisul diurn este aproape totdeauna patologic. În afară de cazurile cînd este semnul unei boli generale (diabet zaharat, diabet insipid) sau al unei anomalii a aparatului uro-genital (hipospadias, epispadias, fimoză), enurezisul se consideră ca un semn de maturaţie întîrziată a scoarţei cerebrale, fapt confirmat de somnul profund al acestor copii şi de unele semne electrice (electroencefalografie). Medicamentele cele mai des întrebuinţate se adresează fie creşterii diurezei în timpul zilei (diuretice), fie scăderii sensibilităţii vezicii la umplere (beladonă), fie somnului, pe care îl face mai superficial, în aşa fel, încît copiii să devină conştienţi de impulsurile sfincteriene (preparate de amfetamină).

eozinofil — vezi hemogramă

epidemiologie, ştiinţă care se ocupă cu analizarea factorilor care duc la apariţia şi răspîndirea în colectivitate a bolilor infecţioase, precum şi a mijloacelor de prevenirea lor (profilaxie). Deci, ea se ocupă de 3 probleme principale: a) *studiul procesului infecţios*; b) *studiul procesului epidemic (analiza factorilor epidemiologici)*; c) *studiul mijloacelor de combatere a bolilor infecţioase (profilaxie)*.

epidermofiţie, boală de piele produsă de paraziţi vegetali din grupul epidermofitonilor (vezi micozele pielii).

epididimită, inflamația epididimului sinuos (organ vecin testicului și alipit de acesta, conținînd un canal lung și sinuos, care face legătura între tubii seminiferi ai testicului și canalul deferent). Epididimita poate fi acută (cu temperatură, tumefierea epididimului, dureri mari) sau cronică (cu mărirea epididimului, fără temperatură și cu dureri moderate sau fără dureri). Epididimita acută este de obicei complicația unei uretrite sau prostatite cu germeni banali (colibacil, stafilococ, streptococ) sau cu gonococi; totdeauna există și o reacție a vaginalei testicului, cu formarea de lichid, din care cauză și testicul pare mărit și este dureros. Epididimita cronică de cele mai multe ori este tuberculoasă; apare la bolnavii care au avut o tuberculoză pulmonară în antecedente și frecvent o găsim asociată cu o tuberculoză renală; dacă nu se instituie tratamentul se formează abcese reci, care fistulizează la scrot. Procesul inflamator provoacă o scleroză a canalului, care constituie epididimul, cu obstrucția lui; de aceea, cînd este bilaterală, este urmată de sterilitate. Tratamentul în formele acute constă în repaus la pat, pungă cu gheață, infiltrații cu soluție de novocaină 1% în cordonul spermatic, antibiotice; în epididimita tuberculoasă se fac tratament antituberculos și extirparea chirurgicală a epididimului.

epilepsie (boală comițială), stare patologică care se manifestă printr-o tulburare de scurtă durată, caracterizată mai ales prin crize de pierderea conștiinței, însoțite de spasme musculare. În stadiul actual al cunoștințelor medicale, epilepsia se împarte după cauză în epilepsie simptomatică și epilepsie idiopatică. Epilepsia simptomatică este epilepsia căreia îi cunoaștem cauza (după encefalită, meningită, traumatisme craniene, tumori). Epilepsia idiopatică este epilepsia căreia nu i-am putut stabili cauza, însă sigur că și ea se datorește fie unor leziuni, fie unor tulburări de nutriție (metabolism) al creierului. În timp ce în primul caz tratamentul va urmări să înlăture cauza care a declanșat crizele de epilepsie, în cel de-al doilea caz, tratamentul va urmări să le rărească sau să le înlăture. Cauzele epilepsiei sînt: agenți locali intracranieni (tumori cerebrale, infecții ale creierului, boli degenerative ale creierului), factori toxici (alcoolul consumat de alcoolici duce la lezarea creierului), intoxicația cu plumb (la muncitorii care lucrează în mediul cu plumb și nu respectă măsurile de igienă și protecția muncii, introducîndu-și prin respirație sau alimentație pulbere de plumb), în stările de hipoglicemie, mai ales la bolnavii de diabet, care își fac injecții cu insulină mai mult de cît au nevoie. În ceea ce privește crizele de epilepsie, ele sînt de mai multe feluri. Cele mai importante sînt: crizele mari, crizele mici și crizele de epilepsie localizate. Crizele mari de epilepsie (*grand mal*) sînt cele mai cunoscute. După o aură (vezi aură), de cele mai multe ori aceeași la fiecare bolnav (indică uneori focarul epileptogen), bolnavul își pierde brusc conștiința, cade, își contractează corpul întreg, respirația se oprește și bolnavul se învinețește (se cianozează). După această stare care durează cîteva secunde (perioada tonică), bolnavul intră în perioada clonică, caracterizată prin contracturi puternice și ritmice ale musculaturii. În această perioadă, prin propulsarea ritmică a limbii între dinți și contracția maxilarelor, limba este mușcată, iar prin contracția ritmică a mușchilor diafragmului și a mușchilor intercostali, bolnavul elimină din plămîni, pe gură, o secreție spumoasă, care se amestecă cu sîngele de la limba mușcată și capătă o culoare rozată. În această perioadă, contracțiile bruște și puternice pot produce fracturi ale oaselor. După perioada clonică, bolnavul intră într-un somn profund, din care își revine după cîteva minute sau ore. La revenire este confuz și nu își amintește ce s-a întîmplat cu el (vezi amnezie). Crizele mici de epilepsie (*petit mal*), (echivalențe), sînt foarte variate și mai des întîlnite. Ele se pot însoți de pierderea cunoștinței pe perioade scurte sau mai mari (absențe psihice) în care pierd contactul pentru scurt timp cu mediul extern, prezentînd în același timp crize de amețeală. Sînt cazuri cînd în timpul unor asemenea crize bolnavii pot comite acte bizare, de care la revenire nu își mai amintesc. Crizele de epilepsie localizate (epilepsie jacksoniană) sînt foarte variate. După caracteristica crizei se poate stabili uneori sediul focarului epileptogen care a cauzat-o. Pot fi crize motorii localizate (mișcări ritmice, involuntare, ale unei mîini, ale unei jumătăți de față, ale unei jumătăți de corp), pot fi crize senzitive localizate (senzație de furnicături, de dureri, în anumite segmente ale corpului). Ceea ce este mai important pentru toate formele de epilepsie și mai ales pentru crizele mici, este posibilitatea apariției tulburărilor psihice, care se accentuează cu timpul. De asemenea, în criză sau imediat după criză, unii bolnavi pot comite inconștient acte antisociale (furturi, crime). Cu toată gravitatea bolii, dacă bolnavul este îngrijit corect și la timp, crizele pot fi rărite sau înlăturate și bolnavul poate deveni util. Se interzic bolnavului orice băuturi alcoolice (alcoolul duce la agravarea crizelor de epilepsie) și este sfătuit să evite supărările și eforturile fizice și psihice accentuate, să nu conducă vehicule, să nu lucreze la înălțimi și să respecte cu strictețe tratamentul prescris de medic. Cauza epilepsiei este stabilită numai de medic, care este singurul indicat să recunoască tratamentul. Bolnavul trebuie să știe că medicamentele contra epilepsiei (luminal, hidantoină, bromuri) se iau zilnic și în doza recomandată de medic.

epispadias, malformație congenitală caracterizată prin deschiderea anormală a uretrei, pe fața superioară a penisului. În formele mai accentuate, cu deschiderea uretrei spre baza penisului, există și tulburări sfincteriene, care determină pierderi inconștiente de urină; penisul este scurt și curbat în sus și înapoi, uneori torsionat, iar corpii cavernoși adesea atrofiați. De aceea, funcțiile sexuale sînt tulburate, iar uneori imposibile. *Tratamentul chirurgical* dă rezultate cu atît mai bune, cu cît deschiderea uretrei este mai aproape de vîrful penisului.

epistaxis, pierdere de sînge prin nas (hemoragie nazală). Mucoasa nazală posedă o bogată rețea de vase sanguine, astfel că orice alterare a sa și a sistemului vascular poate provoca epistaxis. Deosebim cauze generale și cauze locale. Printre cauzele locale, cele mai des întîlnite sînt: scărpinatul în nas, loviturile, tumorile nazale și ale sinusurilor, ulcerații ale septului și cornetelor. Dintre cauzele generale, cea mai frecventă este hipertensiunea arterială. Epistaxisul mai poate fi produs de alte boli cardio-vasculare, insuficiență hepatică, boli sanguine (leucemie, hemofilii, agranulocitoză). Hemoragia mai poate fi produsă în cursul unor boli contagioase, ca: gripă, scarlatină, febră tifoidă, difterie. Hemoragia poate fi ușoară și de scurtă durată, cînd nu are nici un fel de urmări. Alteori însă, prin abundența sau prin repetarea ei, poate duce la o anemie gravă, periclitînd viața bolnavului. *Tratament.* Hemoragiile ușoare pot fi oprite chiar de către bolnav, prin compresiune digitală: se apasă cu degetul aripa nasului pe septul nazal, menținîndu-se timp de 10—15 minute. Eventual, această manevră se poate executa după introducerea în nară a unui tampon cu soluție de antipirină 10% (un comprimat la o linguriță cu apă). Uneori este necesară efectuarea unei cauterizări a vasului sanguin hemoragic. În hemoragiile mai importante este necesară tamponarea cavității nazale cu meșe de tifon sau balonașe de cauciuc, care prin compresiune astupă vasul ce sîngerează. După oprirea epistaxisului trebuie căutată și tratată cauza care l-a provocat. Concomitent se corectează anemia provocată de pierderea de sînge mai importantă.

episiotomie, secționarea laterală a perineului făcută gravidei în travaliu (în timpul facerii), în scopul de a ușura nașterea și a împiedica rupturile de perineu. Se execută în perioada de expulzie și se suturează imediat după terminarea nașterii.

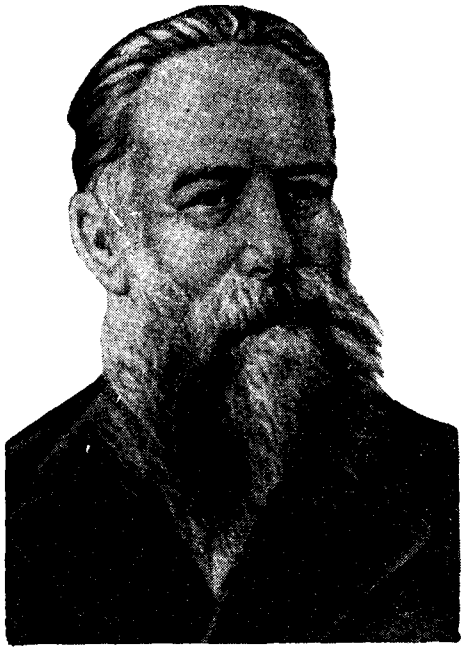
erecție, transformare a unui organ moale într-un organ dur, datorită afluxului sanguin și congestiei țesutului erectil din organul respectiv. *Țesutul erectil* este format dintr-o aglomerație de vase sanguine speciale (artere *helicine*) care își pot mări mult volumul datorită faptului că prin dispozitive speciale permit ajungerea sîngelui în ele, fără a-i da voie să se scurgă înapoi prin venă. Sîngele astfel adunat umple rețeaua vasculară, o destinde, astfel încît organul respectiv crește de volum și își crește duritatea. Fenomene de erecție sînt cunoscute la animale (creasta cocoșului, moțul curcanului), precum și la om (la cornetele nazale, a căror erecție astupă cavitățile nazale, împiedicînd respirația prin nas, precum și erecția la nivelul organelor genitale masculine și feminine). Mecanismul de apariție a erecției este de natură nervoasă. Vederea dușmanului, a unei culori (exemplu roșu), mirosul organelor sexului opus, atingerea organului erectil etc. produc pe cale reflexă fenomene de erecție.

ereditate, însușire de a da prin înmulțire descendenți asemănători. Știința care se ocupă de problemele de ereditate se cheamă *genetică*. De peste un veac, de cînd călugărul morav Mendel a formulat în mod empiric legile, care îi poartă numele, cu privire la transmiterea caracterelor ereditare, oamenii s-au străduit să găsească explicația acestui fenomen biologic. Dar numai în anii din urmă s-a putut dezvălui în mare măsură esența acestor procese care au loc în intimitatea celulelor. Descoperirea recentă a „codului" genetic, a acestui „limbaj cifrat" înscris în structura chimică a moleculelor, prin care se transmit însușirile ereditare de la celula-mamă la celula fiică, a însemnat un pas hotărîtor în cunoașterea esenței eredității. Încă de mult a atras atenția faptul că unele particularități individuale se moștenesc cu o frecvență și persistență mai crescută de cît altele. Așa de pildă, culoarea ochilor, a părului și a pielii, particularitățile amprentelor dactiloscopice, dimensiunile distanțelor dintre ochi sau înălțimea jumătății superioare a feței se moștenesc într-un grad mai frecvent de cît lățimea umerilor sau a tălpii piciorului, greutatea corporală care țin în mai mare măsură de factorii de mediu. Cauzele și legile moștenirii unor caractere găsesc explicația la ora actuală în teoria *cromozomială* a eredității. După această teorie, în cromozomii celulelor sexuale sînt incluse însușirile ereditare ale organismului. Un important rol în transmiterea caracterelor de la părinți la urmași îl joacă acizii nucleici, substanțe foarte complexe, care se găsesc atît în nucleu, cît și în protoplasma celulelor vii. După cunoștințele pe care le avem astăzi, formarea acizilor nucleici din protoplasma celulelor (numiți și *ribonucleici* prescurtat ARN), depinde de acizii nucleici din nucleu (cunoscuți sub denumirea de dezoxiribonucleici — prescurtat ADN.). În cazul procesului genetic, ADN deține, de fapt, rolul esențial în transmiterea caracterelor ereditare. La rîndul lor, acizii nucleici din protoplasmă (ARN) sînt cei care dirijează procesul de înmulțire a albuminelor sau proteinelor — substanțe esențiale în alcătuirea materiei vii. Dar mai întîi trebuie arătat că acizii nucleici sînt capabili să se autoreduplice, adică să-și

creeze copii întrutotul asemănătoare cu ei înşişi. Numai cu această condiţie ei pot rămîne păstrătorii tiparului sau ai „matricei" caracteristice pentru fiecare individ, pentru fiecare specie. Sinteza ADN-ului nu se efectuează dacă nu există un model pentru produsul nou furnizat de produsul vechi. Trebuie deci să existe un fragment de ADN care să servească drept matrice pentru sinteza unui nou ADN. În felul acesta, ADN apare ca un purtător al tipicului, al caracterelor care se transmit de la o generaţie la alta. Trebuie însă spus că acest tipic sau, cum se mai spune, această *informaţie genetică* nu se transmite invariabil şi fără modificări. Cu fiecare generaţie, informaţia genetică se modifică o dată cu structura ADN-ului, bineînţeles că nu în întregime, ci numai în anumite porţiuni, în general nu prea întinse; în felul acesta pot apărea însuşiri noi sau dispar altele vechi. Transmiterea modelului „tiparului" de la nucleu la protoplasmă se face cu ajutorul unor ARN plecaţi din nucleu şi numiţi de aceea acizi *ribonucleici informaţionali* care sînt emişi pe măsura nevoilor. S-a putut dovedi prin mijloace foarte ingenioase că aceşti acizi ribonucleici informaţionali conduc sinteza proteinelor care alcătuiesc materia vie din organism. Problema transmiterii ereditare a unor caractere are o mare importanţă în medicină, căci se referă şi la problema moştenirii unor boli. Din grupa bolilor ereditare fac parte numai acele afecţiuni al căror caracter se fixează în cromozomii celulelor sexuate, ca de pildă: polidactilia (înmulţirea numărului de degete de la mînă sau picior), acromatopsia sau daltonismul (incapacitatea de a deosebi culorile), scăderea capacităţii sîngelui de a coagula (hemofilie), unele forme de debilitate mintală. În unele cazuri (*tipul dominant* de ereditate), prezenţa bolii la unul din părinţi duce la naşterea de copii bolnavi, chiar din prima generaţie; în alte cazuri (ereditate de tip *recesiv*) părinţii sînt aparent sănătoşi, dar apar boli la copii, nepoţi, strănepoţi. Bolile ereditare care se transmit în acest fel se manifestă adesea numai la bărbaţi; femeile deşi sînt purtătoare ale bolii nu se îmbolnăvesc, dar transmit boala numai la jumătate din băieţii lor. Fiii bărbaţilor bolnavi rămîn sănătoşi, fiicele însă, deşi nu prezintă manifestări de boală, joacă rolul de transmiţător al bolii ereditare, adică în urma căsătoriei cu bărbaţi sănătoşi vor naşte băieţi care să prezinte hemofilie, daltonism, atrofia nervului optic sau alt tip de boală ereditară.

ergoterapie, metodă de tratament prin reeducare funcţională a infirmilor care sînt puşi să execute mişcări corespunzătoare capacităţii lor funcţionale.

Erismann Feodor Feodorovici (1842—1915), igienist rus de origine elveţiană, autor a numeroase lucrări în toate sectoarele igienei, lucrări bazate pe orientarea spre medicina socială. A studiat temeinic problemele stării sanitare a populaţiei rurale şi a muncitorilor industriali. În 1896 a fost îndepărtat de la catedră, deoarece luase apărarea studenţilor



Feodor Feodorovici Erismann.

care manifestaseră pentru democratizarea universităţilor din Rusia.

eritem nodos, boală caracterizată prin apariţia unor nodozităţi şi coloraţia roşie a pielii la nivelul lor. Erupţia are de obicei sediul pe gambe, survine brusc şi se însoţeşte de febră şi dureri reumatismale ale încheieturilor. La copil, eritemul nodos este în mod obişnuit o manifestare alergică a primoinfecţiei tuberculoase (vezi tuberculoză), în timp ce la adult se poate datori altor toxiinfecţii (cu streptococ, după ingestia de medicamente). Apariţia unui eritem nodos la copil ne obligă să lămurim dacă este vorba despre o primoinfecţie tuberculoasă şi în acest caz să urmărim şi să tratăm copilul pentru a evita apariţia unei tuberculoze evolutive. Se vor face fără întîrziere: ancheta în familie pentru a depista sursa, proba la tuberculină (IDR), radiografie pulmonară şi căutarea bacilului Koch în sucul gastric. Dacă IDR rămîne negativă în mai multe rînduri, se consideră eritemul nodos de altă natură şi se caută cauza, de obicei o infecţie de focar care se asanează prin antibiotice.

eritrocit, globul roşu din sînge — sinonim hematie (vezi sînge).

eritromicină — vezi antibiotic.

erizipel (brîncă), boală infecţioasă, puţin contagioasă, produsă de pătrunderea unui

streptococ hemolitic în tegumente printr-o poartă de intrare de pe piele sau mucoase (zgîrieturi, rosături, plăgi diferite, arsuri). Înainte de introducerea în medicină a asepsiei, erizipelul producea epidemii în serviciile de chirurgie, unde microbul era transmis de la un bolnav la altul prin instrumentele chirurgicale sau pansamentele nesterile. Boala începe brusc, cu frisoane, febră mare, dureri de cap, stare generală proastă. După cîteva ore apare la locul de pătrundere a microbului un placard roşu, cu marginea bine delimitată, uşor reliefat, puţin dureros. Ganglionii limfatici regionali sînt totdeauna măriţi şi dureroşi. Deseori pe suprafaţa placardului apar flictene sau chiar bule (băşici mai mari conţinînd un lichid clar gălbui), care se sparg uşor, iar lichidul din ele formează cruste galbene. Boala netratată durează 5—10 zile, după care febra dispare, placardul regresează, lăsînd pentru un timp o descuamaţie locală a pielii (jupuire). Tratat corect, febra scade în 1—2 zile şi regresia simptomelor se face foarte repede. *Tratament*: penicilină timp de 5—6 zile; comprese locale reci; pansamente sterile în caz de flictene deschise, repaus la pat în cursul bolii. *Complicaţii*: rareori se pot ivi septicemii grave pornite de la un erizipel, mai ales la diabeticii netrataţi şi la cirotici. Alteori se produc flegmoane sub placardul erizipelatos, care trebuie incizate. Localizarea cea mai frecventă este pe faţă, placardul întinzîndu-se de obicei bilateral; alteori apare pe membrele inferioare şi mult mai rar are alte localizări. *Profilaxie*: bolnavul se izolează la domiciliu sau la spitalul de boli contagioase. Nu este boală de declarare obligatorie.

erotism, complex de idei şi acte referitoare la funcţia sexuală. Sub forma unor reacţii normale psihice şi la nivelul organelor genitale, erotismul este o expresie a funcţiei normale a aparatului sexual. Tulburările erotice pot apărea ca o consecinţă a unei vieţi sexuale neregulate sau a unor tulburări psihice. Hipererotismul (erotismul exagerat) este întîlnit în: paralizia generală progresivă (sifilis nervos), precum şi în isterie. Uneori, erotismul exagerat se poate manifesta sub forma unui delir (idei, gînduri şi manifestări bizare, rupte de realitate) numit *erotomanie*. Erotomania constă într-o dragoste excesivă fie pentru un obiect real, fie pentru unul imaginar.

erupţie dentară, apariţia atît a dentiţiei de lapte, care începe de la 6 luni şi se termină la vîrsta de 2 ani şi jumătate, cît şi a dentiţiei permanente, care începe de la 6 ani şi se termină la 18 ani, cu apariţia molarului „de minte", deşi la 13 ani ceilalţi dinţi permanenţi au apărut. Copilul are 20 de dinţi: 8 incisivi, 4 canini, 8 molari de lapte. Adultul are 32 de dinţi: 8 incisivi, 4 canini, 8 premolari (inexistenţi la copil) şi 12 molari. Erupţia dinţilor trebuie urmărită cu atenţie, căci o erupţie anormală, fie ca timp, fie ca poziţie a dinţilor, poate avea consecinţe neplăcute asupra masticaţiei şi aspectului estetic. Deoarece primul dinte definitiv apare la 6 ani (molarul de 6 ani) trebuie acordată atenţie maximă acestuia, întrucît se cariază foart uşor. Netratat la timp, se pierde de timpuriu şi consecinţele sînt serioase şi în legătură cu ocluzia (muşcătura), acest molar fiind „cheia ocluziei", adică pilonul principal al raporturilor între cele două arcade. Şi dentiţia de lapte trebuie tratată — prin obturări — ca şi cea permanentă, deoarece cariile pot duce la procese infecţioase complicate ale dinţilor definitivi, ai căror muguri (germeni) se află în apropierea dinţilor de lapte, în maxilar. Copiii trebuie controlaţi de 1—2 ori pe an, pentru ca specialistul să vadă dacă erupţia dinţilor se face în condiţii normale. Există şi o erupţie permanentă, adică o creştere permanentă a dinţilor, atunci cînd nu mai întîlnesc în ocluzie nici un antagonist, dinţii respectivi ai arcadei opuse lipsind, fiind extraşi.

escară, leziune distructivă a pielii datorită încetinirii foarte mari sau chiar a încetării circulaţiei sîngelui printr-o porţiune de piele, fapt care are ca urmare o mortificare a ţesutului şi formarea de ulceraţii. Escarele pot apărea atunci cînd pielea este supusă unei presiuni prelungite (escarele de decubit) aşa cum se întîmplă la bolnavii imobilizaţi la pat care stau prea mult pe spate sau în anumite boli ale arterelor (boala Raynaud), cînd vasul se astupă şi întreg ţesutul se gangrenează. Prevenirea escarelor se face prin activarea circulaţiei sîngelui cu ajutorul frecţiilor alcoolice, urmate de pudraje cu talc. Un mijloc care dă foarte bune rezultate în prevenirea escarelor este şi evitarea apăsării prelungite pe o anumită porţiune a pielii. În acest scop se folosesc diferite forme de perne de cauciuc cu aer sub presiune moderată. Pernele sau colacii de cauciuc trebuie deplasaţi de cîteva ori pe zi pentru ca să nu fie în contact cu aceeaşi porţiune de piele. Atunci cînd escara s-a constituit, ea va fi îngrijită cu multă atenţie în special pentru prevenirea infectării secundare.

Esculap — vezi Asclepios.

esofagoscopie — vezi endoscopie.

etmoidită, inflamarea mucoasei care căptuşeşte celulele (cavităţile) cuprinse în osul etmoid. Survine ca o complicaţie a gripei sau a guturaiului, mai rar a altor boli infecţioase. Etmoidita se manifestă prin dureri la rădăcina nasului şi unghiul intern al orbitei, uneori cu tumefacţia acestei regiuni, scurgere de mucus sau puroi din nara corespunzătoare, tulburări oculare. În formele cronice se formează polipi nazali. Tratamentul formelor acute este acelaşi cu al sinuzitei frontale acute. Pentru complicaţii şi formele cronice se recurge la tratament chirurgical (vezi sinuzită).

euforie, stare de veselie nejustificată care poate să constituie manifestarea principală a unei boli psihice sau un simptom (stare) care să apară chiar dacă motivul nu o justifică. O

putem găsi uneori la oamenii normali, ca o stare trecătoare, în urma unei emoţii puternice. Se găseşte constant în manie — în forma maniacală a paraliziei generale progresive (datorită sifilisului nervos), în beţia alcoolică. În unele tumori cerebrale ale lobului frontal, această stare de euforie nejustificată se numeşte „moria".

eunucoidism, insuficienţă testiculară din copilărie. Eunucoidismul este caracterizat prin tulburări de dezvoltare: înălţime exagerată cu creştere excesivă şi disproporţionată a membrelor inferioare, o serie de caractere feminoide şi infantile. Testiculii sînt slab dezvoltaţi, de la dimensiunile unui bob de porumb pînă la acelea ale unei alune, de consistenţă dură, cu sensibilitate scăzută, penisul nu se dezvoltă sau regresează. Caracterele sexuale secundare nu apar, sau sînt abia schiţate. Capacitatea sexuală este extrem de slabă sau nulă. Inteligenţa bolnavului nu este afectată. *În eunuchism*, insuficienţa testiculară este totală, deoarece testiculii sînt absenţi. *Tratamentul* eunucoidismului se face cu hormoni gonadotropi şi testosteron.

exantem, erupţie apărută pe piele în cursul unei boli infecto-contagioase (rujeolă, scarlatină, tifos exantematic).

excedent (spor) natural, numărul relativ (raportat la 1 000 de locuitori) cu care creşte anual (trimestrial, lunar) populaţia unui teritoriu (ţară, regiune, oraş). Excedentul natural este diferenţa dintre natalitatea şi mortalitatea generală; se obţine scăzînd din numărul de născuţi vii dintr-un an numărul de decese de toate cauzele din acelaşi an şi raportînd această cifră absolută la 1 000 de locuitori. Ţara noastră avea în trecut o natalitate foarte mare, dar şi o mortalitate generală foarte mare datorită lipsei de preocupare a regimului burghez pentru sănătatea poporului. Excedentul natural rămînea totuşi ridicat. La instaurarea regimului democrat popular, excedentul natural era foarte redus, datorită unei natalităţi relativ scăzute şi unei mortalităţi general crescute. Mortalitatea generală a scăzut la cifre foarte mici în anii regimului democrat popular, pînă la 9,2 la mie în 1962 indice care situează ţara noastră printre primele ţări din Europa. În consecinţă, pentru menţinerea sau creşterea excedentului natural, rolul esenţial îl deţine de acum înainte în ţara noastră natalitatea. În ultimii ani se înregistrează însă, în ţara noastră (ca şi în multe alte ţări din Europa) o scădere a natalităţii şi, ca o consecinţă, o scădere a excedentului natural. Restricţia natalităţii este voluntară, cea mai mare parte a familiilor nedorind să aibă mai mult de 1—2 copii. Or, cu doi copii în familie, populaţia unei ţări este cel mult staţionară, cei doi copii înlocuind unul pe mamă şi altul pe tată.

excreţie, eliminarea din corp a apei şi a diferitelor substanţe nefolositoare. Rolul principal în aceasta îl au rinichii, al căror produs este urina. Substanţele amintite se pot elimina în cantităţi mai reduse şi prin alte organe de cît prin rinichi; astfel: a) pielea elimină în mod obişnuit pînă la 400—500 ml apă pe zi prin sudoare, tot prin glandele sudoripare putîndu-se elimina clorura de sodiu, ureea în cantitate mică, glucoza (la diabetici); b) plămînii elimină pînă la 600—800 ml apă pe zi sub formă de vapori amestecaţi cu aerul expirat, tot prin plămîni fiind evacuate şi alte substanţe, cum sînt eterul, acetona, uleiurile volatile (terpină), iod; injectarea unor uleiuri volatile cu rol antiseptic, care se elimină prin plămîn, este utilizată uneori pentru dezinfecţia căilor aeriene; c) mucoasa bucală poate elimina arsen, plumb ca şi mucoasa digestivă dar în urma acestor eliminări pot apărea leziuni ale mucoasei, ale dinţilor (exemplu la tipografii intoxicaţii cu particule de plumb provenite din manipularea literelor de plumb); d) fecalele conţin 150—300 ml apă, precum şi alte substanţe eliminate prin tubul digestiv. Rolul acestor aparate este suplimentar funcţiei de excreţie renală. În bolile de rinichi, însă, aceste organe îşi pot creşte funcţia lor excretoare, compensînd activitatea diminuată a aparatului urinar. În unele boli grave de rinichi, cînd organismul este ameninţat să fie intoxicat cu substanţele ce nu pot fi eliminate, se utilizează excreţia artificială făcută cu aparatul numit „rinichi artificial". Special construit, acest aparat curăţă de substanţele inutile sîngele bolnavului, care după aceea este introdus din nou în corp. Utilizarea *rinichiului artificial* poate menţine viaţa bolnavului un timp îndelungat, însă nu poate fi prelungită mai mult de cîteva săptămîni.

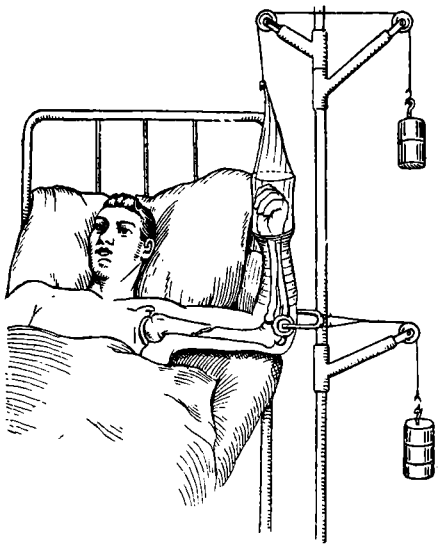
exoftalmie, tendinţă la ieşirea în afară a globului ocular. Cea mai frecventă cauză de exoftalmie o constituie boala Basedow, apoi diferite inflamaţii sau tumori situate înapoia globului ocular. Există şi o exoftalmie pulsatilă, care se accentuează concomitent cu pulsaţiile arteriale. Ea se datoreşte unei comunicări create de obicei prin traumatisme, între artera carotidă internă şi anumite formaţiuni venoase dinapoia ochiului. Gradul de exoftalmie se poate măsura cu ajutorul unui aparat numit exoftalmometru. De multe ori, exoftalmia nu are nici o cauză patologică. Ea este înnăscută.

expectorant, medicament cu acţiune de uşurare şi grăbirea îndepărtării secreţiei bronşice din diferitele afecţiuni inflamatorii pulmonare (traheite, traheobronşite, bronşite). Aceasta se realizează prin fluidificarea secreţiei, efect pe care îl are pulberea Ipeca (din rădăcina unei plante sud-americane). Apoi substanţele denumite saponine extrase din rădăcinile de ciubotica cucului, lemnul de Panama, Senega. Alte principii medicamentoase ajută la resorbţia (uscarea) secreţiilor bronşice (preparatele care conţin iod) sau au o acţiune dezinfectantă locală, eliminîndu-se prin plămîni (uleiuri volatile, gaiacol). Alt grup de substanţe cu acţiune expectorantă îl constituie cele care

conțin ionul amoniu (clorură, acetat și carbonat de amoniu), care grăbesc eliminarea secreției bronșice. Altele îmbunătățesc funcția respiratorie (analeptice respiratorii), astfel ușurînd expectorația, ca de exemplu Pentazol, Cafeină. În general, administrarea expectorantelor se stabilește de către medic, mărind sau micșorînd doza în funcție de stadiul bolii. Ele se găsesc la farmacii, ca ceaiuri, utilizabile în infuzii, sau ca preparate oficinale: sirop expectorant, sirop de patlagină, sirocol.

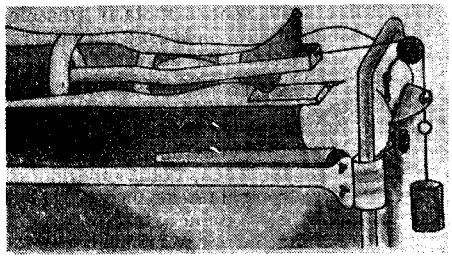
expertiza medicală a capacității de muncă, proces medical prin care se stabilește capacitatea de muncă a unui bolnav, fost bolnav sau accidentat. Incapacitatea de muncă poate fi definitivă sau temporară și se poate referi la orice muncă sau exclusiv la profesiunea avută, permițînd trecerea la o profesiune nouă. Expertiza medicală indică și măsurile de tratament în anumite cazuri, pentru restabilirea totală sau parțială a capacității de muncă. Expertiza se practică la nivelul serviciului de expertiză medicală a capacității de muncă care funcționează pe lîngă policlinica raională. Aici se stabilesc invaliditatea, gradul de invaliditate și termenul în care trebuie procedat la reexaminarea bolnavului (vezi invaliditate). În București există un Institut de expertiză a capacității de muncă.

extensie, metodă de tratament folosită în special în tratamentul fracturilor, reducerea



Extensia brațului.

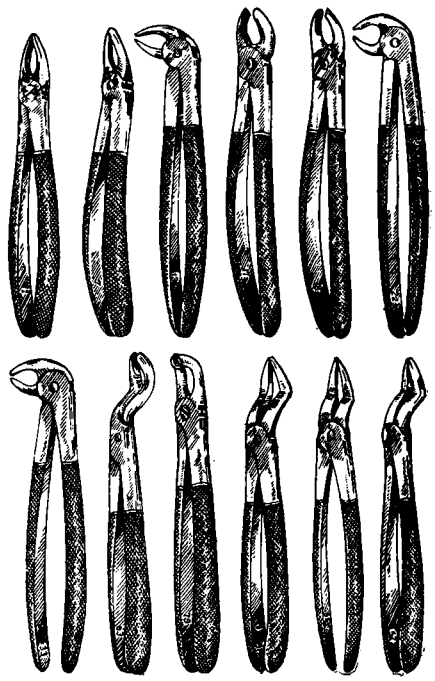
luxațiilor și în unele boli ale articulațiilor. Se realizează prin tracțiunea pe extremitatea distală a membrului, forța de tracțiune reprezentată prin greutatea suspendată fiind fixată de picior fie prin fîșii de leucoplast, fie de o andrea de oțel care trece transversal prin os. Prin tracțiune continuă cedează contractura reflexă, care deplasează fragmentele osoase, astfel că reducerea fracturei se face ușor. În tratamentul fracturilor, luxațiilor și al unor boli ale coloanei vertebrale se folosește extensia continuă cu chingi speciale, tracțiunea realizîndu-se prin



Extensia coapsei.

greutatea corpului bolnavului. Extensia este nedureroasă, dar cere bolnavului multă răbdare, pentru că trebuie să stea în aceeași poziție timp îndelungat.

extracție dentară, scoaterea dintelui, fie cel de lapte, fie cel definitiv. Este indicată numai



Cleștl pentru extracții dentare. Diferitele forme ale acestor instrumente sînt impuse de necesitatea ca extracția să se facă în cele mai bune condiții, în funcție de poziția dintelui

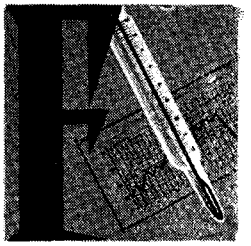
cînd orice tratament stomatologic a dat greș, fie că este vorba de un dinte cu carie complicată (vezi carie dentară) sau de o rădăcină netratabilă, fie de o fractură a unui dinte. Medicul stoma-

tolog este singurul care decide dacă dintele trebuie extras sau nu. Chiar dacă durerile de dinți sînt foarte violente (pulpită, gangrenă, parodonită), bolnavul trebuie să aibă răbdare, dacă medicul îi spune că se va putea trata. Tendința este să nu ajungem la cleşte decît în cazuri obligatorii. Pentru molarii (măselele) de minte este indicată neapărat o radiografie înainte de extracție, căci au rădăcini în poziții variate. Extracția fiind o mică intervenție chirurgicală, trebuie făcută, ca de altfel orice tratament stomatologic, în condiții de sterilizare perfectă a instrumentarului şi sub anestezie corectă. De asemenea, bolnavul trebuie să urmeze instrucțiunile date de medic, de a nu clăti gura primele ore după extracție, pentru a permite cheagului de sînge să constituie cel mai bun pansament. Totodată trebuie să se alimenteze în primele 12 ore cu alimente reci şi după masă să clătească gura cu un pahar cu apă în care a pus o lingură de apă oxigenată. Durerile după extracție sînt frecvente, dar trecătoare. Extracția necesită după sine de cele mai multe ori un tratament protetic.

extracție manuală a placentei, intervenție obstetricală care se practică după naştere atunci, cînd placenta nu este expulzată sau cînd este desprinsă numai parțial, femeia prezentînd din această cauză hemoragii. Se introduce o mînă în cavitatea uterină şi se extrage placenta, în timp ce cealaltă mînă fixează şi coboară fundul uterului prin apăsări ale abdomenului. Operația se execută sub narcoză şi cu respectarea riguroasă a regulilor de asepsie.

extrasistole, bătăi suplimentare ale inimii care tulbură succesiunea regulată a contracțiilor cardiace. Printre cauzele care provoacă extrasistole la oamenii cu inima sănătoasă citäm: infecțiile de focar, intoxicația cu tutun, cafea, dispepsia, stările febrile. Apar şi în cursul bolilor cardiace, mai ales la persoanele în vîrstă. De cele mai multe ori nu dau tulburări şi sînt descoperite întîmplător, la un examen medical. Alteori, bolnavul acuză simptome foarte neplăcute: palpitații, senzație de lovitură în piept, de oprirea inimii, de înec în gît, ameteli. De obicei, aceste semne apar în repaus şi dispar la eforturi. Extrasistolele pot apărea izolat sau în salve, succedîndu-se regulat sau cu totul neregulat. Alteori sînt *sistematizate* şi în aceste cazuri se numesc *bigeminate*, *trigeminate*, după cum avem de-a face cu o extrasistolă față de 1—2 bătăi normale ale inimii. Trebuie luate în considerație cu multă atenție extrasistolele care apar ca expresie a suferinței cardiace şi care reclamă înregistrarea electrocardiografică pentru a stabili starea miocardului. Celelalte extrasistole cedează la sedative (valeriană, luminal); uneori este nevoie de chinidină (cu indicație strict medicală).

extrauterină — vezi sarcină.

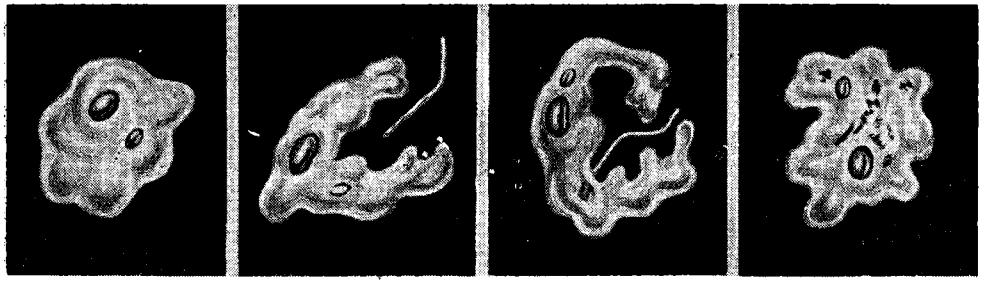


facies, aspectul general al feţei unei persoane, care exprimă starea de sănătate sau de îmbolnăvire. Unele boli pot imprima feţei trăsături caracteristice, descrise sub numele de faciesul bolii respective. Astfel: *faciesul palid* se întîlneşte în anemie, iar culoarea *galbenă ca paiul* este frecvent întîlnită în cancer; *faciesul roşu* aprins (*vultuos*) cu o roşeaţă a pielii, uneori uşor vînătă, se întîlneşte în stările febrile din cursul bolilor infecţioase. Roşeaţa de o singură parte a obrazului traduce de obicei o leziune pulmonară de partea respectivă; *faciesul tific* din cursul febrei tifoide este indiferent, mirat, speriat; *faciesul abdominal*, cu faţa trasă, ochii fugiţi în fundul orbitei, obrajii şi buzele palide, pielea rece şi umedă apare în afecţiunile grave abdominale peritonite; *faciesul adenoidian* se întîlneşte la copiii cu vegetaţii adenoide şi se caracterizează prin trăsături şterse, dezvoltarea alungită a capului şi feţei, gura întredeschisă, ochii miraţi, privirea inexpresivă; *faciesul ovarian* apare în afecţiuni utero-ovariene. Se caracterizează prin accentuarea trăsăturilor feţei, aspect de teamă, cearcăne şi în unele iritaţii peritoneale, în special în primele momente prin apariţia unei dungi albicioase în jurul marginilor buzelor. În bolile grave circulatorii şi respiratorii, faţa poate să fie modificată, căpătînd aspect de teamă, culoarea roz-vînătă a pielii şi a mucoaselor, respiraţia fiind dificilă, însoţită de mişcări evidente (bătăi) ale aripilor nasului; *faciesul edematos* apare în bolile de rinichi, sub forma unei umflări generalizate a pielii, în special a pleoapelor, care dă aşa-zisul aspect de *lună plină* cu o coloraţie palidă a tegumentelor; *faciesul icteric*, care apare în cazurile de icter, cu coloraţia galbenă-vînătă caracteristică. Cînd se asociază o tentă negricioasă a coloraţiei icterice, aceasta este de obicei semnul unei agravări a bolii; *faciesul agonic* apare înainte de moarte, cînd trăsăturile sînt şterse faţa nu are expresie, privirea este fixă, coloraţia palidă cenuşie, respiraţia grea, cu bătăi ale aripilor nasului.

factori de mediu; se ştie că organismul omului se află sub influenţa permanentă a mediului înconjurător care acţionează prin diverşi factori: fizici (căldură excesivă, frig, radiaţii, curent electric), chimici (substanţe toxice-caustice), biologici (microbi, virusuri, protozoare, ciuperci parazite) şi sociali. Acţiunea nefavorabilă a factorilor de mediu stă la baza îmbolnăvirilor. De aceea, în prevenirea îmbolnăvirilor este de mare însemnătate acţiunea omului de corectare a factorilor de mediu, prin asanarea mediului în care el trăieşte şi munceşte, aplicînd măsurile pe care le recomandă — de pe baze ştiinţifice — igiena. Acţiunea mediului înconjurător depinde însă şi de felul în care răspunde organismul la influenţa diferiţilor factori de mediu. Astfel, din doi oameni supuşi în mod egal la acţiunea frigului — să zicem — unul se îmbolnăveşte şi celălalt nu. Înseamnă că organismul are o capacitate de adaptare variabilă de la un individ la altul. Prin urmare, în prevenirea îmbolnăvirilor este importantă nu numai asanarea mediului, ci şi întărirea rezistenţei organismului, sporirea capacităţii lui de adaptare la acţiunea mereu schimbătoare a factorilor de mediu extern. Această modificare a reactivităţii se obţine tot cu ajutorul factorilor de mediu, utilizînd efectele favorabile ale unor factori naturali, ca aerul, soarele şi apa, pentru călirea organismului. Se obţine, de asemenea, printr-o alimentaţie raţională, prin respectarea normelor unui trai sănătos, cumpătat, fără abuzuri, şi prin organizarea unui regim raţional de activitate şi odihnă.

fagocitoză, proprietatea unor celule din organism de a îngloba în protoplasma lor microorganisme sau particule inerte şi de a le distruge prin digerare. Cele mai importante celule fagocitare sînt anumite globule albe din sînge (leucocite polinucleare neutrofile). Fagocitoza reprezintă unul din cele mai importante mijloace de apărare ale organismului faţă de infecţii. Prin fagocitoză, germenii pătrunşi în organism sînt înglobaţi şi distruşi

imediat chiar la poarta de intrare, nemaiputînd astfel declanşa boala. Fagocitoza reprezintă unul din fenomenele principale care se petrec în inflamaţie. Nu totdeauna însă fagocitoza şi celelalte mijloace de apărare ale organismului reuşesc să distrugă agenţii patogeni pătrunşi în organism. În aceste cazuri apare boala infecţioasă. Fagocitoza a fost descoperită şi descrisă în 1892 de către savantul rus Mecinikov.



De la stînga la dreapta, diferite faze ale fagocitozei.

fangoterapie, metoda care foloseşte în scop curativ nămolurile de diferite origini şi compoziţii. Nămolul folosit pentru cură are proprietate de a reţine mult timp căldura şi de a o transmite uniform organismului. Această proprietate face posibilă aplicarea nămolului în procedurile termoterapice de înaltă temperatură, care în condiţiile hidroterapiei n-ar fi fost suportate de organism. În ţara noastră se întrebuinţează pentru fangoterapie trei feluri de nămol: nămol sapropelic, nămol de turbă şi nămol mineral, care se găsesc sub formă naturală. *Nămolul de turbă* se formează în mlaştini ca rezultat al descompunerii îndelungate, fără aer, a plantelor superioare, cu ajutorul microorganismelor. *Sapropelul* este un nămol care se formează din putrefacţia resturilor vegetale şi animale, pe fundul apelor stătătoare. Sapropelul are proprietăţi terapeutice, asemănătoare cu nămolul de turbă. În R.P.R. se găsesc numeroase surse de nămoluri terapeutice. Nămoluri de turbă există la Vatra-Dornei, Băile Victoria şi 1 Mai, Borsec, Geoagiu, Someşeni etc. Nămoluri organice sau sapropelice găsim în lacurile maritime cum este Techirghiolul sau lacurile sărate de la Sovata, Ocna Sibiului, Ocnele Mari sau din Cîmpia Romînă — la Amara, Lacul Sărat etc. Fangoterapia se întrebuinţează în unele boli ale coloanei vertebrale de etiologie netuberculoasă; bolile oscase (inclusiv osteomielita, chiar şi cea produsă în urma rănirilor prin arma de foc); bolile sistemului nervos periferic şi central; în diferite afecţiuni ginecologice, boli inflamatoare ale organelor genitale feminine, unele forme de sterilitate şi tulburări menstruale; în leziuni vasculare, în special în sechelele tromboflebitice; în complicaţiile peritonitelor; într-o serie de afecţiuni genito-urinare, în special în tulburări genitale cu evoluţie cronică la bărbaţi. Folosirea băilor de nămol trebuie făcută numai cu indicaţii precise, stabilite de medicul specialist.

faradizare, metodă de utilizare în scop curativ şi diagnostic a curentului alternativ de joasă frecvenţă (30—150 Hz), aşa-zisul curent faradic. Sub acţiunea curentului faradic care trece prin muşchiul sau prin nervul corespunzător, apare o contracţie convulsivă (tetanică) îndelungată a muşchiului; analogă cu cea care are loc în cursul muncii fizice — aşazisă electroexcitabilitate faradică a muşchiului normal. Dacă muşchiul sau nervul motor care îl inervează este lezat, electroexcitabilitatea scade sau dispare complet. Faradizarea terapeutică se aplică: pentru gimnastică electrică a muşchilor care şi-au pierdut funcţia în urma îmbolnăvirii nervului; în leziuni traumatice ale aparatului neuro-muscular sau în pareze flasce periferice şi paralizii; în atrofiile muşchilor, datorită inactivităţii lor îndelungate, în atoniile intestinului, vezicii urinare, uterului.

faringită, inflamaţia mucoasei faringiene în totalitatea ei, inclusiv a ţesutului limfatic care constituie amigdalele. De aceea, inflamaţiile acute sînt denumite şi amigdalofaringite acute. Autorii vechi le-au numit angine, din cauza senzaţiei de strîngere (constricţie) pe care o simt bolnavii. Pentru faringita acută, vezi capitolul amigdalită. Faringita cronică poate fi localizată la o porţiune a mucoasei (vezi amigdalită, şi vegetaţii adenoide) sau poate cuprinde întreaga mucoasă — faringitele cronice difuze. Unele dintre acestea sînt datorite unor microbi specifici (tuberculoză, sifilis). Cele mai obişnuite sînt faringitele cronice banale, cauzate de streptococi, stafilococi, pneumococi, care prin infectări repetate ale faringelui duc la cronicizarea bolii. Respiraţia cu gura deschisă, abuzul de alcool, tutun şi condimente sînt factori favorizanţi. Bolnavii cu faringită cronică au jenă la înghiţit, senzaţii de înţepături şi căldură în faringe, uscăciune. Mucozităţile vîscoase care se formează în gît îi obligă să facă eforturi pentru eliminarea lor, mai ales dimineaţa la sculare. Deseori prezintă o tuse seacă, obositoare. În funcţie de leziunile mucoasei faringiene, există

3 forme de faringită cronică difuză: catarală, hipertrofică şi atrofică, uneori acestea succedîndu-se. Tratamentul faringitei cronice banale variază după aspectul leziunilor, deci va fi adaptat de la caz la caz, după un consult de specialitate: prescripţii medicamentoase sub formă de gargarisme sau badijonări, vitamine (în special vitamina A), cură balneară, regim dietetic corespunzător. Vor fi înlăturate şi infecţiile de vecinătate care întreţin faringita. Acest tratament trebuie urmat cu perseverenţă. Definitiv sau — cel puţin — temporar trebuie înlăturate cauzele care întreţin faringita: tutunul, atmosfera prăfuită, alimente prea reci sau picante etc.

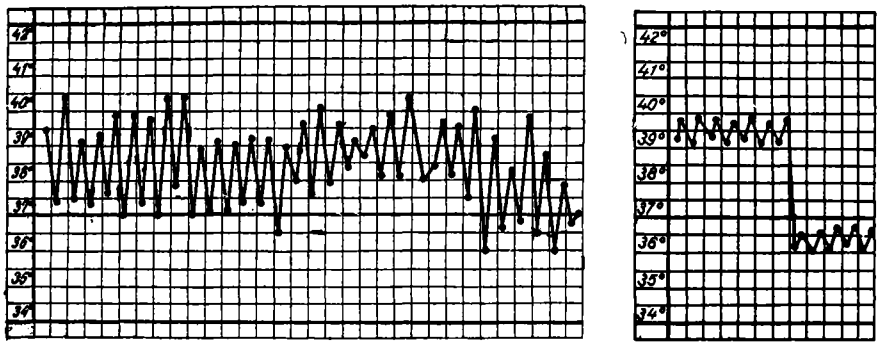
favus, boală contagioasă a pielii acoperită de păr, cauzată de o ciupercă din grupul *Achorion* (vezi micoze).

făinoase, alimente de origine vegetală, rezultate din măcinarea seminţelor (boabe, grăunţe) de cereale. Ele constau în cea mai mare parte din hidrocarbonate şi dintr-o cantitate foarte redusă de proteine şi grăsimi. În alimentaţia copilului se întrebuinţează mai ales făina de grîu, de porumb (mălaiul), de orez şi de ovăz. Făina de grîu se întrebuinţează fie rumenită, fie sub formă de griş, de pîine (aluat dospit) sau de budincă (cereale sau paste făinoase fierte în apă sau lapte cu adaos de albuş de ou şi apoi coapte la cuptor). Făina de porumb sau mălaiul se poate folosi ca mămăligă sau budincă. Făina de orez este constipantă (este utilizată în întregime şi nu lasă reziduuri), în vreme ce făina de ovăz (fulgi) are efect laxativ prin conţinutul său mai mare de celuloză. Valoarea calorică a făinoaselor este de 350—400 de calorii la 100 g. Introducerea făinoaselor în hrana sugarului alimentat artificial se poate face cu prudenţă şi în cantităţi progresiv crescînde din primele 2 luni de viaţă (fiertură de orez pentru diluţia laptelui). Din luna a 2-a—a 3-a se poate introduce mucilagiul de orez (conţine bobul de orez fiert şi trecut prin sită), după 3 luni, făina albă de grîu rumenită şi după 4-5 luni, fiertura de făinos (griş cu lapte). Făina de grîu nu fermentează în intestin, exercitînd chiar o acţiune antifermentativă asupra zahărului. Făinoasele se întrebuinţează în combinaţie cu laptele în alimentaţia mixtă şi artificială a sugarului sănătos sau singure (griş cu apă, orez cu apă, macaroane fierte cu apă) în dieta de tranziţie a sugarului bolnav de dispepsie (în general peste vîrsta de 5–6 luni). Alimentaţia prelungită şi exclusivă de făinoase fără adaos de proteine (lapte şi produse de lapte, brînză de vaci) produce tulburări grave la sugar în urma lipsei de proteine (stare de denutriţie şi edeme, aşa-numita „distrofie de făinoase". Făinoasele sînt în general bine tolerate de sugari; există însă şi cazuri de intoleranţă, în care introducerea făinosului în dietă este urmată de diaree, care încetează la înlăturarea sa. Forma cea mai gravă a acestei intoleranţe este celiakia. Boala este caracterizată prin denutriţie gravă şi progresivă, tulburări psihice, mărire de volum a abdomenului, scaune foarte abundente, cu conţinut crescut în grăsimi (steatoree) şi tulburări profunde metabolice (tulburări hidrominerale, avitaminoze).

făt, embrionul după luna a III-a de viaţă intrauterină. Un făt se socoteşte că este la termen cînd are 260 de zile de viaţă intrauterină, o greutate de 3 000—3 500 g şi o lungime de 50 cm. Segmentul cel mai voluminos este capul, care are o circumferinţă de 38 cm. Oasele craniului sînt separate între ele prin spaţii liniare, care se numesc suturi. Unele suturi se lăţesc mult şi formează fontanelele. Fontanelele cele mai importante sînt: fontanela mare, în formă de romb (popular moalele capului), şi fontanela lambdoidă. Diametrele craniului fetal au importanţă, deoarece sînt puţin reductibile şi reprezintă segmentul fetal care iese la naştere cel mai greu prin filiera pelvigenitală. O dată naşterea craniului terminată, celelalte segmente fetale trec uşor. Fătul stă în cavitatea uterină ghemuit, cu capul flectat pe torace, coapsele flectate pe abdomen, gambele pe coapse şi picioarele pe gambe. De obicei se află aşezat cu capul în jos şi atunci se spune că este în prezentaţie craniană, alteori se află cu pelvisul în jos şi atunci se spune că este în prezentaţie pelviană, sau se află aşezat transversal în cavitatea uterină şi atunci se spune că este în prezentaţie transversală. Naşterea spontană nu este posibilă de cît în prezentaţie longitudinală, craniană şi pelviană.

febră, creşterea temperaturii corporale, împreună cu tulburările stării generale pe care le determină. Febra reprezintă rezultatul unor reflexe nervoase în legătură cu arderile care se produc în corp sau ca răspuns general al organismului în faţa agresiunii unui agent microbian şi de altă natură; ea constituie un semn că organismul reacţionează şi „dă lupta" cu agentul respectiv. O creştere exagerată a temperaturii poate însă constitui un indiciu că a fost depăşită capacitatea de apărare a organismului care a cedat în faţa bolii. Temperatura normală a corpului oscilează în jurul a 37°. Măsurarea ei se face cu ajutorul termometrului maximal, care se plasează pentru aceasta în axilă (subsuoară) sau se introduce în rect, vagin ori în gură. Temperatura măsurată în cavităţile fiziologice închise, ca rectul şi vaginul, ne dă cele mai exacte rezultate. Această temperatură, care se mai numeşte „centrală", este de obicei cu 5—6 zecimi de grad mai ridicată de cît în axilă. Înainte de a se lua temperatura axilară se şterge transpiraţia, deoarece umiditatea ne poate da informaţii inexacte, se aşază rezervorul cu mercur în axilă, iar bolnavul apropie braţul de corp. Termometrul se păstrează în această poziţie timp de 10 minute. Cînd se ia temperatura în rect sau vagin, termometrul se unge cu vaselină şi se introduce 2—3 cm în cavitate unde este menţinut 5 minute. La luarea temperaturii în gură, termometrul este aşezat sub limbă sau

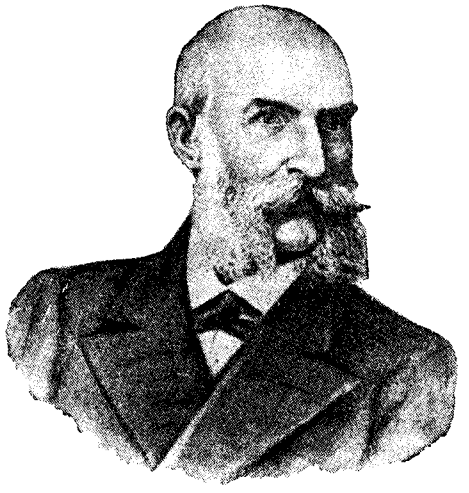
între gingii şi obraji. Pentru luatul temperaturii în cavităţi' se va folosi numai termometrul individual. La copii, sugari, bolnavi gravi sau agitaţi trebuie să avem grijă ca termometrul să fie ţinut cu mîna ca să nu se spargă. Temperatura se ia în mod obişnuit între orele 6 şi 8 dimineaţa şi 4—6 după amiază. În unele boli febrile, mai ales cînd temperatura este oscilantă (vezi endocardită),aceasta poate fi urmărită din două în două ore sau chiar din oră în oră, dacă medicul dă această indicaţie. La o persoană sănătoasă, temperatura din 24 de ore nu este constantă, ci marchează oscilaţii de la 0,5 la 1°. Temperatura între 37 şi 38° se denumeşte stare *subfebrilă*. Febra poate fi constantă (*continuă*, ca într-un anumit stadiu al febrei tifoide) sau, dimpotrivă să marcheze urcări bruşte, separate de perioade de afebrilitate (*intermitentă*); această febră se întîlneşte în supuraţii, colibaciloză, malarie, endocardită. Se mai cunoaşte febra *remitentă*, care prezintă o serie de accese foarte apropiate între ele, şi între care temperatura marchează o scădere mai mult sau mai puţin importantă, dar fără revenire la normal. Febra caracterizată prin oscilaţii mari şi însoţită de o alterare importantă a stării generale poartă numele de *febră hectică* şi corespunde adesea unei septicemii. Scăderea temperaturii corpului şi menţinerea ei sub 36° se numeşte *hipotermie*. Ea se întîlneşte după hemoragii mari, boli grave de ficat, în unele stări de comă.



Înregistrarea febrei pe foaia de temperatură: *stînga* — **febră remitentă**; *dreapta* — **criză febrilă în pneumonie.**

fecundaţie, pătrunderea spermatozoidului în ovulul matur şi fuzionarea elementelor nucleare şi protoplasmatice ale celor două celule sexuale. Ovulul fecundat se transformă prin diviziuni succesive în morulă (o sferă plină cu celule) şi apoi, prin aranjarea evolutivă a celulelor la periferie, se formează o cavitate plină cu lichid numită blastulă. Toate aceste fenomene se produc în trompa femeii; după ce a devenit blastulă, ovulul fecundat se fixează în uter şi ia numele de ou uman.

Felix Iacob (1832—1905), igienist şi organizator sanitar romîn, profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti, membru al Academiei Romîne. S-a născut în Boemia, a studiat la Viena şi a venit în 1858 în Romînia. A fost cel mai apropiat colaborator al lui Carol Davila la înfăptuirea programului de modernizare a serviciului sanitar al ţării. Timp îndelungat a ocupat funcţia de medic şef al Capitalei şi apoi de director general al Serviciului sanitar, în care calitate a luptat stăruitor pentru îmbunătăţirea sănătăţii publice. A fost un savant cu renume european, autor a numeroase publicaţii de igienă, poliţie sanitară, epidemiologie, demografie, istorie a medicinei, precum şi de popularizare a cunoştinţelor medicale. S-a preocupat de punerea în lumină a aspectelor sociale ale medicinei.

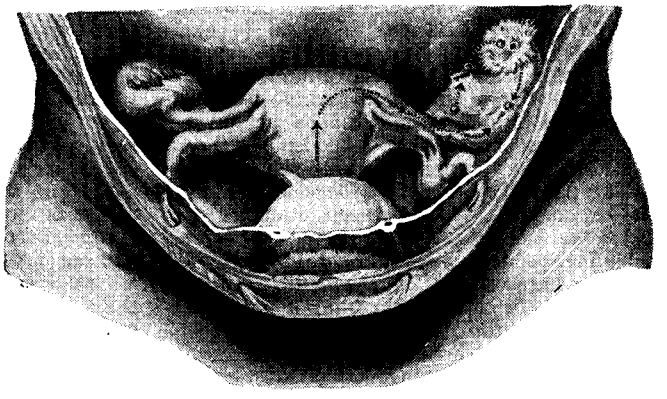


Jacob Felix.

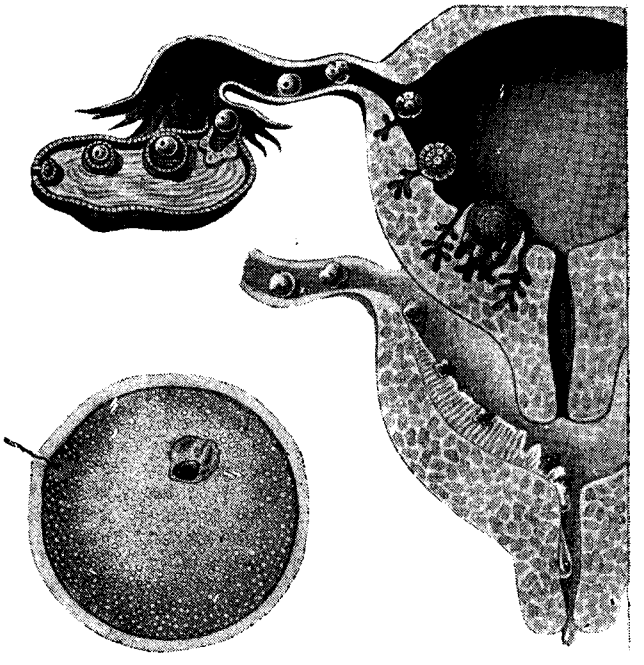
fibrom (fibromiom) uterin, tumoare benignă a uterului care se dezvoltă din elementele lui musculare. Apare în general la femeile între 30 şi 40 de ani şi printre cauzele formării lui, încă incomplet clarificate, se pare că intră

tulburările funcționale ale ovarului, dintre care cele caracterizate prin exces de foliculină joacă un rol important. De obicei, fibromul uterin crește atît timp cît se menține funcția ovarelor. O dată cu instalarea menopauzei, descrește sau chiar dispare. După localizare, deosebim: fibromul colului și cel al corpului uterin, care este cel mai frecvent. Acesta din urmă se poate dezvolta fie în peretele uterului (interstițional), fie sub peritoneul care acoperă uterul (subseros), fie în cavitatea uterină (submucos). Fibronul poate fi unic sau format din numeroși noduli de mărimi diferite, de la aceea a unei alune la aceea a unui cap de adult. Fibromul se poate dezvolta adesea fără nici o manifestare și este descoperit cu totul întîmplător cu ocazia unui examen genital. Alteori este însoțit de menstruații prelungite, de hemoragii între menstruații, durerile apărînd numai cînd, prin dezvoltarea lui, fibromul comprimă organele vecine. *Tratamentul* medicamentos constă în administrarea de hormoni masculini, cortizon etc. De cele mai multe ori însă este nevoie de tratament chirurgical care, în funcție de localizare și dezvoltare, poate fi conservator, cruțînd uterul prin operațiile numite miomectomie și miometrectomie, prin care se extirpă numai fibroamele, sau radical, prin operația numită histerectomie, prin care se extirpă și uterul o dată cu fibromul. Ovarele de obicei se păstrează. Orice femeie purtătoare de fibrom trebuie să fie examinată periodic de medicul specialist de policlinică, pentru a i se urmări evoluția fibromului.

ficat, organ glandular (cel mai mare din corp) avînd o greutate de 1 200—1 500 g la omul adult, situat în cavitatea abdominală, imediat sub diafragm, ocupînd întregul hipocondru drept și o parte din cel stîng, unde este protejat de coloana vertebrală și coastele inferioare. În unele boli (cancer, ciroză hepatică), volumul ficatului poate crește mult, marginea lui ajungînd pînă sub ombilic sau, dimpotrivă, se poate atrofia, ajungînd pînă la 1/4—1/5 din volumul său normal. La ficat se disting *lobul drept* (mare) și *lobul stîng* (mic), iar în partea mijlocie, pe fața lui inferioară, se delimitează încă doi lobi mai mici (caudal și pătrat); între aceștia se găsește așa-numitul *hil al ficatului*, prin care pătrund atît vasele sanguine și limfatice, cît și *nervii* și prin care iese canalul hepatic. *Circulația sîngelui în ficat*: în afară de sîngele arterial care vine prin *artera hepatică*, ficatul primește prin *vena portă* sînge de la stomac, intestinul subțire și gros (pînă la segmentul



Întîlnirea spermatozoidului cu ovulul se face în treimea externă a trompei



Primul moment al existenței noastre

După fecundație, nidarea (cuibărirea) oului în mucoasa uterină. În caz că ovulul nu este fecundat (jos) se produce menstruația

superior al rectului), de la vezicula biliară, splină, pancreas. Din ficat, sîngele trece prin venele suprahepatice,care se varsă în vena cavă inferioară. Prin ficat circulă peste 1,5 litri sînge pe minut. Suprafaţa totală a tuturor capilarelor lui depăşeşte 400 m². *Căile de excreţie a bilei*: bila este secretată în mici canalicule biliare din ficat şi părăseşte organul prin canalul hepatic. După ce iese din hil, *canalul hepatic* se uneşte cu *canalul cistic* (de la vezicula biliară) şi formează cu acesta canalul *coledoc*, care se varsă în duoden. *Structura fină a ficatului*: celulele ţesutului hepatic sînt aşezate perechi şi formează *coloane* (travee) hepatice unite în *lobuli*, cu un diametru de 1–1,5 mm. Traveele sînt învecinate cu capilarele sanguine, pe de o parte (din care primesc elementele nutritive), şi cu canaliculele biliare, pe de alta (în care secretă bila). Peretele capilarelor ficatului este alcătuit dintr-o membrană subţire pe care se află o reţea de celule stelate, care iau din sînge unele substanţe şi le transmit celulelor hepatice; au şi o funcţie de apărare analogă cu a globulelor albe din sînge, fiind capabile să *fagociteze* şi să producă anticorpi. Ficatul este unul dintre organele cu cele mai importante funcţii din corp. Iată pe scurt funcţiile principale ale ficatului: a) *funcţia de biligeneză* sau de formare a bilei; ficatul secretă 800—1 000 ml bilă în 24 de ore. Această secreţie este continuă. Eliminarea bilei în duoden se face însă intermitent, datorită faptului că bila se depozitează în vezicula biliară, de unde, prin contracţia acesteia, ajunge în duoden, atunci cînd alimentele (grăsimile) pătrund acolo din stomac (vezi digestie). În vezicula biliară, bila hepatica (numită şi *bilă C*) se concentrează de 5—10 ori, devenind mai închisă la culoare. Bila din vezică se numeşte şi bilă colecistică sau *bilă B*. Pe canalul coledoc există bilă coledociană sau *bilă A*, care este un amestec de bilă C şi B. Evacuarea bilei în intestin se face prin contracţia vezicii şi prin deschiderea *sfincterului Oddi*, sub acţiunea nervului vag şi a unui hormon numit colecistochinină. După concentrarea bilei hepatice rămîn doar 150—180 ml bilă, care este utilizată în digestie în 24 de ore. Acţiunea bilei în digestie este multiplă: ajută emulsionarea grăsimilor (fragmentarea lipidelor în particule foarte mici); ajută absorbţia acizilor graşi; măreşte acţiunea fermenţilor intestinali care atacă grăsimile şi proteinele (în special a lipazei pancreatice şi a tripsinei); creşte mişcările peristaltice (în absenţa bilei din intestin apare constipaţia); micşorează acţiunea bacteriilor de putrefacţie din intestin (pentru acest motiv, în insuficienţa bilei din intestin, în colon se produc procese de putrefacţie accentuate, cu formare de gaze rău mirositoare cum este *hidrogenul sulfurat*); b) *funcţia metabolică*; monozaharidele se depozitează în ficat sub formă de glicogen (un polizaharid). Cantitatea de glucide din ficat este de circa 200 g. Glicogenul poate fi desfăcut la nevoie în glucoză şi eliberat pentru arderile din organism. Lipidele pot fi depozitate în ficat, iar acizii graşi sînt transformaţi în complecşi lipidici, mai uşor utilizaţi de celule. Aminoacizii pot fi depozitaţi în ficat, iar din resturile albuminoide nefolositoare ficatul sintetizează *ureea*, care se elimină apoi prin rinichi; c) *funcţia antitoxică*; o serie de substanţe toxice rezultate din digestie şi din fermentaţia intestinală pot trece în sînge şi pot avea efecte vătămătoare în organism dacă ficatul nu le-ar reţine şi nu le-ar neutraliza; d) *funcţia de depozit sanguin*; ficatul poate depozita 1—1,5 litri de sînge. Acest lucru este important, deoarece uşurează munca inimii bolnave şi compensează într-o măsură insuficienţa cardiacă; e) *funcţia hematopoietică*; înainte de naştere, la făt, sau după aceea, doar în unele boli ficatul are rol hematopoietic, formînd globule roşii. După naştere, în ficat se depozitează o serie de substanţe necesare hematopoiezei: fier, cobalt, vitamina B_{12}. Pentru bogăţia lui în aceste substanţe, în anemii se indică o alimentaţie bogată în ficat crud (sau se administrează extrase de ficat); f) *funcţia de termogeneză*; datorită arderilor intense care au loc în ficat, acest organ este o sursă principală de căldură în organism alături de muşchi; g) *funcţia în coagulare*; ficatul este una din sursele principale ale heparinei şi fibrinogenului care joacă un rol important în coagulare. Date fiind funcţiile importante amintite, scoaterea (la animalele de experienţă) a ficatului din corp produce rapid moartea. Distrugerea ficatului în unele boli (ciroză, cancer) duce, de asemenea, la grave tulburări în organism şi la moarte. Explorarea activităţii ficatului se adresează în general funcţiilor amintite. În sînge se pot urmări diferitele substanţe fabricate de el. Prin tubaj duodenal şi recoltarea de bilă se poate analiza într-o măsură funcţia de formare a bilei. Injectarea unei substanţe care este inactivată în ficat şi urmărirea produsului de inactivare explorează funcţia antitoxică. Extragerea cu un instrument special a unui fragment din ficat, după prealabilă anestezie (biopsie) poate da lămuriri privind modificările ţine de structură a organului. Urmărirea prin palpare şi radioscopie a marginilor ficatului reprezintă, de asemenea, modalităţi curente de explorare indirectă a stării hepatice.

Filantropia (Spitalul), instituţie creată la Bucureşti în 1812, la iniţiativa doctorului Constantin Caracaş şi cu sprijinul generalului rus M.I.Kutuzov. Spitalul „Iubirea de oameni", cum i se mai spunea în primele decenii de fiinţare, a fost conceput ca un aşezămînt eliberat de sub tutela clerului şi a boierimii. Pînă în 1948 a fost condus de Eforia spitalelor civile. La Spitalul „Filantropia" au activat unii din savanţii noştri de seamă, ca N. Gheorghiu, D. Danielopolu, Amza Jianu şi alţii. Actualmente, spitalul adăposteşte, printre altele, Institutul de fiziologie normală şi patologică al Academiei R.P.R. şi Institutul oncologic.

Filatov Vladimir Petrovici (1875–1956), oftalmolog şi patolog sovietic, profesor la Universitatea din Odesa. Este celebru prin operaţiile sale de transplantarea corneei şi prin terapia

Vladimir Petrovici Filatov.

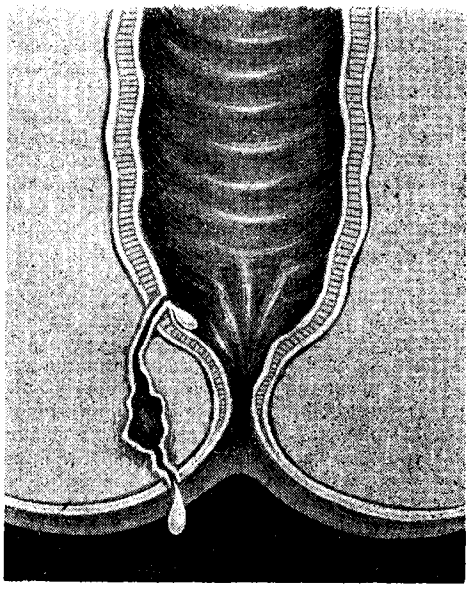
cu ţesuturi conservate, terapie destinată stimulării activităţii regenerative şi de apărare a organismului.

filtru, punct special de triaj, instalat în apropierea intrării în unităţile pentru copii (policlinici, dispensare de circumscripţie, creşe, grădiniţe). Aici se face o primă examinare a oricărui copil înainte ca el să pătrundă în unitate, spre a se descoperi dacă nu cumva suferă de o boală contagioasă şi a se lua imediat, la nevoie, măsurile de izolare. După cum se vede, filtrul îndeplineşte un rol important în apărarea împotriva unei eventuale contagiuni a masei copiilor care frecventează unitatea respectivă. De aceea, este de datoria şi totodată în interesul oricărui părinte care îşi aduce copilul la vreo astfel de unitate să nu caute a ocoli filtru, sub nici un motiv. Cel mai bine — în cazurile cînd părintele bănuieşte la copilul său o boală infecto-contagioasă (febră, erupţie pe piele, diaree etc.) — este să nu ducă nicăieri copilul ci să cheme acasă medicul de copii.

fimoză, strîmtorarea orificiului prepuţial, care nu mai permite descoperirea glandului. Este frecventă la nou-născuţi, dar obişnuit dispare pînă la vîrsta de 2—3 ani. La adult este urmarea unor procese inflamatorii locale care prin cicatrizare duc la scleroza orificiului prepuţial (şancru moale, şancru sifilitic). *Balanopostita* (inflamaţie a mucoasei prepuţiale), care apare în jurul vîrstei de 50—60 de ani, se întîlneşte mai frecvent la diabetici. Fimoza dă tulburări de micţiune (disurie, polachiurie), tulburări genitale şi infecţii subprepuţiale. Ca *tratament,* la copii se poate face dilataţia orificiului prepuţial cu ajutorul unei pense **Péan,** dacă orificiul este încă elastic; în fimoza constituită, tratamentul este chirurgical (vezi circumcizie).

fistulă, traiect de origine congenitală sau patologică prin care se scurge o secreţie normală sau produse patologice. Fistulele congenitale se întîlnesc mai frecvent la nivelul gîtului (fistule branhiale) în regiunea ano-coccigiană, în regiunea ombilicală (fistule de uracă). *Tratamentul* este chirurgical. Fistulele patologice sînt consecinţa unui traumatism sau infecţii, în urma cărora se deschide un canal sau o cavitate şi se scurge o secreţie sau excreţie normală sau patologică, care întreţine traiectul. De asemenea, un abces profund se poate deschide la piele sau într-un organ cavitar printr-un orificiu mic, care nu asigură un drenaj bun şi se constituie o fistulă prin care din cînd în cînd se goleşte cavitatea abcesului (fistule perianale, fistule osoase, fistule scrotale). *Tratamentul* este chirurgical.

fisură anală, ulceraţie liniară situată în pliurile cutaneomucoase ale regiunii anale, care determină dureri, uneori foarte vii, mai ales în timpul scaunului şi o contractură intermitentă sau permanentă a sfincterului anal. Constipaţia şi modificările mucoasei, datorite hemoroizilor, reprezintă cauzele obişnuite. Datorită contracturii sfincterului anal, fisura nu se poate vindeca. Tratamentul constă în infiltraţii zilnice cu soluţie de novocaină 0,5%, pomezi cu hidrocortizon, anestezină, novocaină



Fistulă anală.

cu rol cicatrizant şi antipruriginos, laxative. Dacă nu se vindecă se recomandă dilataţie anală.

fizioterapie, utilizarea în scopuri curative şi profilactice a factorilor naturali, atît în forma

lor naturală (lumină solară, aer, apa, diverse nămoluri etc.), cît şi a celor obţinute pe cale artificială (curent electric, raze X, surse artificiale de lumină etc.). Aplicarea metodelor fizice împreună cu tratamentul medicamentos asigură vindecarea rapidă şi deplină a numeroase afecţiuni. Toţi factorii fizici pot fi încadraţi în cîteva grupe. Una din ele este *hidroterapia*, utilizarea apei simple în cură externă, în scopuri curative şi preventive, sub formă de duş, baie şi alte proceduri. Spre deosebire de hidroterapie, în *balneoterapie*, atît în cura internă, cît şi în cea externă se folosesc sursele de ape minerale. În afară de hidroterapie se aplică pe scară largă diverse proceduri termice — băi de nisip, parafino-terapie, şi alte metode de tratament termic cuprinse în capitolul *termoterapie*. Un sector important al fizioterapiei este utilizarea energiei radiante a soarelui — *helioterapia* şi energiei radiante a surselor artificiale de lumină — *fototerapia*. O influenţă deosebit de mare asupra dezvoltării fizioterapiei au avut-o descoperirile în domeniul electricităţii care au creat capitolul *electroterapiei*, bazat pe utilizarea diverselor forme de curent electric. Un capitol mai nou este cel al tratamentului cu ultrasunete (vezi ultrasonoterapie). Din fizioterapie face parte şi *cultura fizică medicală*, constînd special din exerciţii fizice, riguros dozate şi special alese, care se realizează uneori cu ajutorul aparatelor speciale (*mecanoterapie*) precum şi masajul care acţionează mecanic asupra pielii, organelor şi ţesuturilor mai profunde.

flegmon, inflamaţie acută a ţesutului conjunctiv, caracterizată prin necroza ţesutului şi prin difuzarea infecţiei fără tendinţă de limitare; se mai numeşte şi celulită difuză. Microbul cel mai frecvent este streptococul, mai rar stafilococul. Cînd se asociază şi microbi anaerobi, este foarte grav (flegmon gazos). Poarta de intrare a microbilor poate fi o înţepătură, răni contuze etc; mai poate să apară ca o complicaţie a intervenţiilor chirurgicale. Clinic, la început predomină semnele generale: frison, temperatură mare (40—41°). În scurt timp apar fenomenele locale: edem dureros, piele roşie. *Tratament*: pungă cu gheaţă şi antibiotice; cînd apare necroză cu formarea unei cavităţi purulente se fac incizii mari şi drenaj. Respectarea regulilor de igienă individuală are un mare rol în prevenirea flegmoanelor. Se recomandă ca după orice rană, cît de mică, să se facă dezinfecţia locală şi să se aplice un pansament curat cu praf de sulfamidă.

Fleming Alexander (1881—1955), medic şi bacteriolog englez descoperitor al penicilinei. Există o legendă conform căreia punerea în evidenţă a proprietăţilor „miraculoase" ale acestui prim antibiotic cu aplicaţie terapeutică sistematică s-ar fi datorit hazardului; în preajma ultimului război mondial, o eprubetă conţinînd o suspensie de mucegai *Penicillium* s-ar fi răsturnat din întîmplare peste o cultură microbiană; „norocosul" Fleming ar fi constatat ulterior dispariţia coloniilor de microbi, ceea ce l-a îndrumat să introducă de îndată extrasul de *Penicillium* în tratamentul afecţiunilor microbiene. Nimic mai puţin adevărat, căci în realitate Fleming şi colaboratorii săi au trudit mai mult de un deceniu pînă să obţină filtratul de *Penicillium* cu calităţi terapeutice. De aceea, Premiul Nobel pe care l-a primit în 1945, împreună cu medicii şi biologii Ernst Boris Chain şi Howard Florey, care l-au ajutat să purifice preparatul, a încununat un efort ştiinţific cu adevărat pilduitor.

fluorizare, procedeu constînd în administrarea de săruri care conţin fluor, fie într-o pastă (Lukomsky) numită nafestezină fie diluat în apa potabilă sau într-o soluţie specială. Numită şi „vaccinare anticarioasă", a fost aplicată pe scară mai largă în special în unele ţări (U.R.S.S., S.U.A.). Cercetările, la început experimentale şi apoi clinice, au arătat că acei copii cărora li se aplică acest procedeu profilactic sînt expuşi în mai mică măsură la carii dentare. La noi în ţară, fluorizarea este în studiu, făcîndu-se unele aplicări în şcoli, la copii pînă la 14 ani. Fluorul, prin precipitarea lui pe substanţa organică a dintelui (albuminele), împiedică ca aceasta să fie atacată de către bacteriile cariogene.

fobie, stare de frică obsedantă, chinuitoare, fără justificare. Bolnavul îşi dă seama că ideea fobică este ilogică, nereală, dar nu poate s-o înlăture din gîndirea sa. Exemple de fobii: fobia de întuneric, de înălţime, de spaţii deschise (agorafobie) de spaţii strîmte (claustrofobie), de îmbolnăvire (sifilofobia, teama de a se îmbolnăvi de sifilis; cancerofobia, teama de a se îmbolnăvi de cancer). Se întîlnesc în unele forme de nevroze, cum este în nevroza obsesivofobică (psihastenie) (vezi nevroză) şi după unele emoţii mari. În acest caz, odihna, un anturaj optimist, pot duce la vindecare. Fobii se pot întîlni însă şi la multe alte boli psihice şi unde tratamentul se adresează în primul rînd bolii care a provocat-o.

focar de infecţie, existenţa în organism a unei inflamaţii cronice latente, care se manifestă mai ales prin semne generale, de obicei puţin evidente (subfebră, uşoară oboseală, anemie uşoară, uneori dureri articulare). Infecţiile cronice dentare (granuloame) constituie cel mai adesea focare de infecţie. Tot astfel, infecţiile cronice genitale (anexite cronice), apendiculare, colecistice, sinuzale şi amigdaliene pot constitui focare de infecţie. Astfel de infecţii cronice pot duce la apariţia unor boli grave (reumatism, nefrite, endocardite). Asanarea, adică tratarea şi lichidarea focarelor de infecţie, se impune totdeauna. În special, înainte de plecarea la cură balneo-climaterică este absolut necesară tratarea focarelor de infecţie.

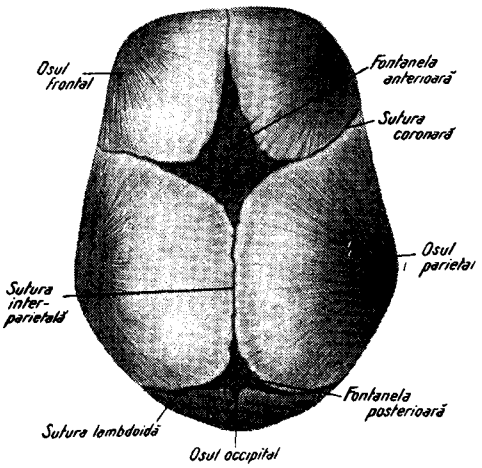
foliculină, — vezi hormon.

foliculită, infecţie a pielii datorită stafilococului, caracterizată prin formarea unor băşicuţe pline cu puroi (pustule) în jurul firelor de păr. Pătrunderea stafilococului este favorizată de lipsa unei igiene locale corespunză-

toare, de anumite secreţii patologice (secreţii vulvo-vaginale) etc. În raport cu localizarea infecţiei, foliculitele pot rămîne superficiale (foliculita simplă sau impetigo stafilococic) sau pot da leziuni mai profunde, ca în urcior sau în sicozisul stafilococic al bărbii, simptomul caracteristic al acestora rămînînd băşicuţa cu puroi centrată de un fir de păr.

fonaţie, emiterea de sunete. Laringele este organul fonaţiei. Prin vibraţia aerului care trece printre coardele vocale se produc sunete. Cu aceste sunete amplificate în cavităţile bucală, nazală şi cele sinuzale şi modelate (articulate) cu ajutorul limbii putem pronunţa cuvinte sonore. Toate mişcările necesare vorbirii sînt comandate de un centru nervos din creier şi au ca rezultat exprimarea sonoră a gîndirii individului. Sunetele produse în laringe de coardele vocale inferioare (vezi laringe) reprezintă *vocea* individului. Cînd coardele vocale sînt mai apropiate, mai scurte şi aerul trece cu viteză mare printre ele, vocea este subţire. Vocea este groasă cînd există condiţii opuse celor de mai sus. În afara vorbirii, în laringe se mai produc sunete şi cu alte ocazii. Ţipătul, chiuitul, geamătul (la om), lătratul, miorlăitul (la animale) reprezintă sunete produse în laringe, dar nemodelate de limbă. *Rîsul* reprezintă eliminări de aer din plămîn, în cantităţi mici, dar repetate, cu producerea de fiecare dată a unui sunet ce rămîne nemodelat de limbă. *Sughiţul* reprezintă o aspiraţie bruscă şi scurtă de aer, cu închiderea rapidă a glotei. Sunetul în acest caz apare în momentul cînd epiglota astupă glota. *Tusea* este o eliminare de aer din plămîni prin deschiderea bruscă a glotei. Sunetul apare în momentul cînd aerul comprimat în căile respiratorii ţîşneşte prin glota deschisă brusc. În afara laringelui, sunete mai pot fi produse şi în alte porţiuni ale căilor respiratorii. Zgomotul *sforăitului* apare prin vibrarea vălului palatin. Şoptitul se produce prin trecerea aerului între limbă, pereţii cavităţii bucale şi buze. *Strănutul* este o eliminare de aer în cantitate şi cu viteză foarte mare, prin cavitatea nazală şi cavitatea bucală. Sunetele sînt produse în acest caz de trecerea aerului prin laringe, cavitatea nazală, şi prin cavitatea bucală.

fontanelă, zonă situată la cap, la locul de unire a trei dintre oasele care alcătuiesc cutia craniană. La copilul mic, oasele craniene nu sînt calcifiate, iar în zonele de unire a lor se află membrane de consistenţă moale, cunoscute sub numele de fontanele. Există două fontanele principale, dintre care una *mare, anterioară*, de formă patrulateră, măsurînd după naştere 2—3 cm diametru, situată la unirea osului frontal cu oasele parietale. Fontanela *posterioară* sau *mică*, se situează la locul de unire a osului occipital cu oasele parietale şi are dimensiuni cam pe jumătatea fontanelei mari. Observarea fontanelelor are importanţă în cursul perioadei de creştere a copilului mic, pînă la vîrsta de aproximativ 1 an şi 6 luni, cînd se osifică. În această perioadă, aspectul uşor bombat şi rezistent la apăsare arată o stare generală bună a copilului. Dimpotrivă, deprimarea, scobirea fontanelelor, arată o stare de nutriţie proastă. Cînd bombarea este foarte



Fontanele.

accentuată, există de obicei o afecţiune a sistemului nervos sau a învelişurilor sale (meningoencefalită). Osificarea şi închiderea fontanelelor este întîrziată la copiii prost nutriţi şi rahitici, fapt care trebuie să atragă atenţia mamei şi medicului pediatru.

forceps, instrument chirurgical metalic, un fel de pensă mare cu ajutorul căreia se apucă craniul fătului pentru a fi tras mai uşor şi mai repede pe căile naturale (filiera pelvigenitală). Forcepsul a fost introdus în obstetrică din secolul al XVII-lea, cînd se presupune că a fost inventat de bărbierul englez Peter Chamberlen (1601—1683) şi transmis din tată în fiu de teama concurenţei. Secretul a fost păstrat cu străşnicie pînă ce a fost vîndut Colegiului medico-farmaceutic din Flandra. Independent de familia Chamberlen, chirugul flamand Kortrijk aplică şi el, în secret, un forceps propriu şi de atunci a fost perfecţionat mereu, astfel încît astăzi s-a ajuns la numeroase tipuri, printre care cel mai răspîndit este forcepsul lui Noegela. Forcepsul se aplică ori de cîte ori naşterea nu se poate efectua din cauza lipsei de contracţii uterine, a epuizării mamei sau a suferinţei intrauterine a fătului. Operaţia se execută numai în maternitate, sub anestezie şi cu respectarea riguroasă a asepsiei şi antisepsiei. Aplicarea forcepsului efectuată de un bun specialist este o operaţie salvatoare atît pentru mamă, cît şi pentru copil.

Forlanini Carlo (1847—1918), medic italian. Este cunoscut pentru introducerea pneumotoraxului artificial în tratamentul tuberculozei pulmonare. Pneumotoraxul artificial se si-

Girolamo Fracastoro.

tuează şi astăzi printre principalele metode de tratament al tuberculozei pulmonare. S-a preocupat de organizarea luptei antituberculoase în Italia.

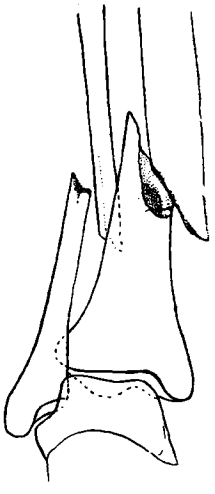
formol (formol comercial, formalină), soluţie apoasă de aldehidă formică (40%). Este un lichid, incolor, cu miros caracteristic şi înţepător, folosit mai ales în dezinfecţie pentru proprietăţile lui bactericide şi dezodorizante (îndepărtează mirosurile urîte). Se întrebuinţează ca soluţie 3—5% în apă (obţinută din formolul comercial sau prin dizolvarea tabletelor de formol), pentru dezinfecţia încăperilor publice sau ale bolnavilor, cît şi a rufăriei, prin ştergere sau înmuiere. Pentru dezinfecţia vaselor cu urină, spută, fecale, este necesară o concentraţie mai mare, pînă la 10%. Se poate utiliza şi sub formă de vapori (o parte formol şi două părţi apă) pentru dezinfecţia încăperilor (săli publice, locuinţe). Este un bun dezinfectant şi dezodorizant pentru closete.

fotofobie, simptom întîlnit în bolile care produc tulburări nervoase (poliomielită, gripă, tifos exantematic, meningită, encefalită) şi care se caracterizează prin aceea că bolnavul nu suportă lumina, se fereşte de ea.

Fracastoro Girolamo (1478—1553), medic şi filozof italian, precursor al epidemiologiei ştiinţifice. În celebra sa lucrare „Despre contagiu, bolile contagioase şi tratamente" (1546), el dovedeşte un deosebit simţ clinic cînd descrie diversele boli transmisibile, corectînd numeroase erori care stăruiau în medicina timpului, ca de pildă confuzia dintre ciumă şi tifosul exantematic, între lepră şi elefantiazis, între sifilis şi lepră etc. Fracastoro, considera că propagarea bolilor se face prin intermediul unui corp material, deşi invizibil, „contagiul", care poate fi distrus prin dezinfecţie.

fractură, întreruperea traumatică a continuităţii unui os; reprezintă circa 15% din totalul accidentelor internate în spital. Prin aplicarea măsurilor de securitate şi protecţie a muncii şi prin aplicarea tehnicii înaintate în întreprinderile industriale, numărul fracturilor datorite accidentelor de muncă s-a redus. Cel mai frecvent se întîlnesc la adulţii între 30 şi 40 de ani. La copii, deşi trumatismele sînt mai frecvente, fracturile sînt proporţional mai rare, datorită faptului că ei au oasele mai elastice, corpul mai uşor, iar musculatura mai puţin dezvoltată. Cauza este traumatismul. Mecanismul este diferit, după cum traumatismul acţionează direct sau indirect. *Acţiune directă*: forţa vulnerantă acţionează direct asupra oaselor superficiale, acoperite numai de piele sau după ce a zdrobit părţi moi. *Acţiune indirectă*: fractura se produce la distanţă de locul de aplicare a forţei şi se poate produce prin îndoire, în punctele mai slabe, sau la nivelul porţiunii unde osul îşi schimbă forma (de exemplu, în căderile pe umăr se fracturează clavicula), prin răsucire, prin smulgere şi prin apăsare. Sediul poate fi diafizar (partea mijlocie a osului), diafizo-epifizar (spre extremitatea osului), epifizar (la extremitatea osului). De obicei, fractura este completă. La copil poate fi incompletă în fracturile prin îndoire; tot la copil, fractura se poate produce la nivelul cartilajului de creştere (dezlipire epifizară). Linia fracturii este diferită: oblică, transversală, în vîrf de clarinet, în T, în Y, în spirală; de asemenea pot fi fracturi cu două sau mai multe fragmente (cominutive). Aş-

Fractura gambei.



Schema imaginii radiografice.

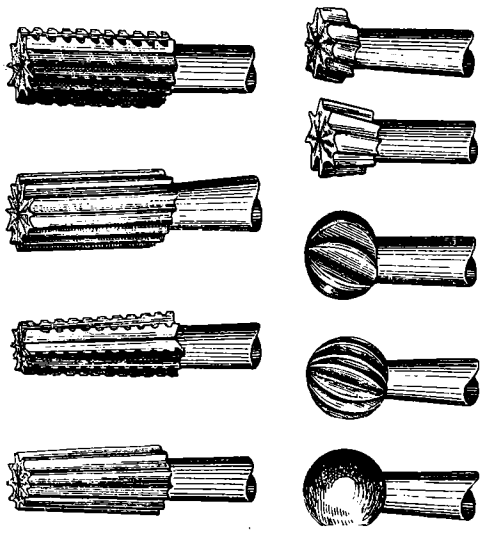
chiile desprinse de os se numesc eschile. În fracturile prin arme de foc poate exista o sfărîmare în țăndări. Dacă pielea este nevătămată, fractura este închisă, dacă pielea este rănită și focarul de fractură comunică cu exteriorul, fractura este deschisă și, datorită posibilității infecției, este gravă. Sub acțiunea mușchilor care se inseră pe fragmentele osoase, acestea se deplasează datorită contracției musculare, ceea ce constituie o altă cauză de gravitate a fracturilor, mai ales că între fragmente se pot interpune fibre musculare, care nu vor permite formarea calusului, fiind necesară intervenția chirurgicală. *Semne clinice*: durere vie, echimoză, deformarea regiunii, scurtarea regiunii, impotența funcțională. Ca semne de siguranță: mobilitate anormală și frecătură osoasă; căutarea acestor semne este foarte dureroasă și ele lipsesc în fracturile incomplete. Examenul cel mai sigur pentru diagnostic este radiografia, care trebuie făcută în orice traumatism osos. Din focarul de fractură pornesc impulsuri nervoase, care ajunse la scoarță produc reflexe corticale neuroumorale. Aceste reflexe nu au numai un caracter patologic, ci în același timp produc o serie de reacții locale și generale, care duc la vindecarea fracturii. În focarul de fractură apar modificări care duc la osificare (formarea de calus osos). Primul stadiu al calusului este format din fibrina cheagului hematomului; urmează apoi calusul conjunctiv, pe fibrele căruia se depune oseina, care va suferi apoi procesul de calcificare pentru a forma calusul osos. Timpul în care se face consolidarea depinde de vîrsta bolnavului, de dimensiunile osului, de așezarea capetelor osoase, de distanța dintre ele, de tulburările hormonale, alimentație, tratament. În general, o fractură se consolidează între 25 de zile și 3 luni. De vindecare absolută se poate vorbi între 3 și 18 luni și înseamnă reîntoarcerea la normal a funcției articulare și musculare a segmentului corespunzător. Fracturile se pot complica cu: șoc, embolie grasă (de fapt embolia este datorită unei tromboflebite a venelor din jurul focarului de fractură), hematom peri- sau intraarticular. Cînd calusul nu se osifică, cele două fragmente osoase neconsolidate sînt mobile (pseudartroză). *Tratamentul* va avea următoarele obiective: reducerea fracturii, astfel ca fragmentele să fie în contact și în axul longitudinal al osului și menținerea fragmentelor reduse în situația bună pînă la consolidare; în perioada de imobilizare să fie posibilă o mobilizare activă și fără durere a cît mai multor articulații ale membrului lezat și a întregului corp; asigurarea unei alimentații bogate în calciu și vitamine. O mare importanță în rezultatul tratamentului îl are ajutorul de urgență; lipsa unei acțiuni organizate de prim ajutor poate prelungi timpul pînă la vindecare și poate provoca infirmități sau chiar moarte. O mare importanță are cunoașterea normelor de acordare a primului ajutor. Ea dă posibilitatea accidentatului să se autoajute, iar celor din jur să poată da primul ajutor pînă la sosirea medicului sau să organizeze transportul în cele mai bune condiții. La noi în țară, cursurile G.P.A.S. contribuie la difuzarea în masă a noțiunilor de prim ajutor. Transportul unui accidentat la care se bănuiește o fractură se face numai după imobilizarea care se poate realiza cu ce avem în momentul acela la îndemînă: bețe, scînduri, curele, cartoane. Acestea se învelesc în haine, rufe, vată, ca să nu supere prin duritatea lor. Altele se așază pe părțile moi, acolo unde nu este pericol să strivească vase sau nervi. Ele nu trebuie să vină în contact cu părțile osoase acoperite doar de piele, căci produc dureri. Cînd nu avem la îndemînă nici un obiect cu care să imobilizăm fractura, pentru membrul inferior se poate folosi ca atelă membrul sănătos, iar pentru membrul superior, toracele. Este important ca înainte de imobilizarea provizorie, prin tracțiune ușoară să se redea regiunii forma apropiată de cea normală, cu foarte multă prudență și băgare de seamă. În felul acesta se ușurează durerea și transportarea se poate face fără multă suferință și fără pericol. Transportul, dacă fractura este la membrul inferior, se va face în poziție culcată, pe o brancardă sau pe o brancardă improvizată (o ușă, o scară). Bolnavul o dată adus la spital se fac reducerea și imobilizarea. Imobilizarea se poate face prin extensie și prin aparate gipsate. Cînd nu se poate obține o reducere bună, se indică tratament chirurgical. Unele fracturi se produc în urma unui traumatism minim și se datoresc unor leziuni osoase (decalcificări, tumori osoase). Sînt fracturi patologice sau, mai exact, fracturi ale oaselor bolnave (vezi extensie, aparat — gipsat).

Frei (reacția), analiză folosită uneori pentru diagnosticul limfogranulomatozei inghinale subacute. Reacția Frei se practică prin injectarea intradermic (în grosimea pielii), la bolnavul cercetat, a unei mici cantități de puroi (în care microbii au fost omorîți prin căldură), provenind de la un bolnav sigur de limfogranulomatoză inghinală subacută. Dacă și bolnavul cercetat suferă de această boală, reacția este pozitivă, manifestîndu-se după 48 de ore printr-o roșeață puternică depășind 2 cm în diametru și un nodul infiltrativ la locul unde s-a practicat reacția. În cazurile negative, după o ușoară roșire, la 48 de ore pielea apare normală. Reacția Frei apare pozitivă toată viața la un bolnav care a suferit la un moment dat de limfogranulomatoză inghinală subacută.

frenicectomie, secțiunea nervului frenic cu scopul de a produce o inactivitate a mușchiului diafragm; datorită presiunii abdominale mai mari de cît cea toracică, hemidiafragmul paralizat bombează mult în torace, comprimînd baza plămînului. Este indicată în unele procese supurative ale bazei plămînului, în unele forme ale tuberculozei pulmonare, care nu beneficiază de alte tratamente. Secțiunea nervului se face la baza gîtului. Intervenția este simplă.

Freud Sigmund (1856—1939), medic și psiholog austriac, creatorul teoriei psihanalizei, conform căreia întreaga activitate psihică este dominată de impulsurile erotice, impulsuri care însă, datorită interdicțiilor sociale, nu se pot realiza totdeauna, ceea ce ar determina tulburări în „inconștientul" individului. Vindecarea nevrozei astfel survenite s-ar obține prin aducerea în conștiința bolnavului a cauzei conflictului dintre impulsul erotic și exigențele sociale. Lucrările lui Freud conțin un bogat material faptic privind psihoterapia și nevrozele legate de sexualitate, dar interpretarea acestui material este făcută de pe poziții idealiste, cu ignorarea factorilor social-istorici.

freze dentare, mici „polizoare" cu ajutorul cărora se curăță dinții la nivelul proceselor



Freze dentare.

carioase și se prepară lăcașul unde va fi aplicată plomba (obturația). Frezele se fixează de piesa dreaptă sau în contraunghi, care funcționează la unitul dentar (vezi unit) și își îndeplinesc rolul pe baza rotațiilor aparatului electric (motor) atașat de unit. Frezele au forme și mărimi foarte variate, în raport cu necesitățile loco-regionale ale arcadelor dentare. Există freze speciale atașate la uniturile care au turbină, care funcționează cu 150—250 000 de turații pe minut și a căror acțiune se produce foarte rapid și fără dureri. Și la noi în țară sînt pe cale de a se introduce pe scară largă, date fiind noile noastre unituri care posedă aceste calități.

fricțiune, procedură curativo-profilactică care constă în fricționarea rapidă a corpului învelit într-un cearșaf udat cu apă rece cu o bucată de țesătură grosolană sau cu un burete de cauciuc, de asemenea udate în apă rece. În urma fricțiunii bolnavul simte căldură, prospețime, aflux de energie. Procedura se folosește pentru *călirea organismului*, creșterea rezistenței față de bolile produse prin răcire, și în tratamentul unor stări ca: astenia după diferite boli, surmenajul, astenia nervoasă, în perioada dintre accesele reumatismale.

frigiditate (impotența feminină), imposibilitatea femeii de a avea satisfacție sexuală. Frigiditatea poate fi completă, cînd este însoțită și de lipsa inițială de dorință sexuală (libido); de obicei însă, marea majoritate a femeilor frigide au dorință sexuală, dar nu pot ajunge la satisfacție. Lipsa de satisfacție sexuală le lasă pe unele femei indiferente, altora însă le creează tulburări nervoase uneori trecătoare, alteori permanente. Există o frigiditate fiziologică la începutul vieții sexuale, ca și o frigiditate datorită în parte durerilor produse de primele raporturi și care dispare cu timpul. Cauzele frigidității pot fi atît de natură organică (malformații genitale, tulburări hormonale), cît mai ales de ordin psihic (lipsa de dragoste pentru soț, teama de actul sexual, de sarcină etc.). O cauză frecventă este neglijarea de către bărbat a preludiului actului sexual, ca și lipsa de experiență sau impotența acestuia. Tratamentul va consta în educația sexuală a ambilor soți, în investigarea cauzelor (organice și psihice) și înlăturarea lor.

ftiriază, boală parazitară produsă de păduchele lat (*Phtirius pubis* sau *Pediculus inguinalis*). Se localizează între perii din regiunea genitală și mult mai rar în alte regiuni păroase (subsuori, sprîncene etc.). Bolnavul are o mîncărime, (prurit) foarte accentuată, mai ales noaptea. La locul parazitat, pe piele, se vede o erupție formată din elemente izolate de culoare roz, ușor reliefate, produse prin înțepăturile păduchelui. Transmiterea se face direct, mai ales prin raport sexual, dar și indirect, prin lenjerie, scaunele closetelor etc. Păduchele lat se poate vedea și cu ochiul liber; are o culoare albpalidă sau ușor gălbuie, are un cap, torace lat și abdomen din 6 segmente. Are 6 picioare terminate prin gheare, cu care se fixează foarte puternic. Masculul are 1,3 mm lungime, iar femela 1,5 mm. Femela depune ouă, pe care le lipește la rădăcina firului de păr. După 7 zile, din ouă ies larve, care devin adulți după 15 zile. *Tratamentul* se face prin insecticide lichide și semilichide, asociate cu spălarea corpului, deparazitarea rufăriei (vezi deparazitare).

Fundeni (Spitalul) este una din cele mai însemnate instituții medicale bucureștene. Secțiile sale de chirurgie generală și chirurgie cardiacă, urologie, medicină internă și pediatrie dispun împreună de 700 paturi, ceea ce așază acest „combinat al sănătății" printre marile unități curative ale țării. Situat la marginea Capitalei într-o ambianță favorabilă destinației lui, spitalul beneficiază și de avantajele instituțiilor sanatoriale. Localul său nu a fost conceput după vechea formulă a „spitalului pavilionar", în care fiecare secție este instalată într-un corp de clădire separat, ci la proiectarea lui s-a aplicat formula modernă a „spitalului bloc," în care secțiile sînt grupate într-o con-

strucție unică, dispuse „pe verticală" la etaje diferite, ceea ce asigură o lesnicioasă conlucrare între serviciile de specialitate și o utilizare mai rațională a laboratoarelor și altor amenajări clinice auxiliare. Deși nu funcționează decît de cîțiva ani, spitalul Fundeni s-a afirmat ca un valoros centru științific medical, adăpostind cîteva importante catedre de învățămînt universitar și supraunversitar. În clinica de chirurgie generală, anestezie și reanimare se efectuează remarcabile studii experimentale și clinice în domeniul chirurgiei cardiovasculare și toracice, printre care cercetări în legătură cu circulația extracorporală și operațiile pe cord oprit și deschis. Pe lîngă clinicile chirurgicale funcționează și un laborator de organe artificiale. Dotarea clinicilor de la Fundeni este la nivelul tehnicii medico-chirurgicale mondiale, permițînd serviciilor spitalicești instalate aici nu numai să ofere o asistență medicală de cea mai înaltă calificare, dar să și servească drept centru metodologic pentru specializarea și perfecționarea corpului medical. Spitalul Fundeni este o impunătoare realizare a regimului nostru în sectorul medico-sanitar.

furuncul, inflamație acută a pielii și a țesutului subcutanat provocată de stafilococ. Apariția furunculului este favorizată de anumite boli (diabet), de neglijarea regulilor de igienă etc. La început, furunculul are forma unui nodul dureros, dens, de culoare roșie-intens, însoțit adesea de inflamarea ganglionilor limfatici vecini. Furunculul crește destul de repede ca dimensiuni, iar culoarea lui devine stacojie. Din cauza acumulării puroiului, în centrul nodulului pielea se subțiază, iar sub ea se remarcă prezența puroiului în forma unei mase gălbui — capul furunculului — apoi centrul nodulului se sparge. Pe locul orificiului se formează o ulcerație umplută cu materii compacte de culoare verde-murdar (dopul furunculului), formate din țesuturile necrozate. În 4—5 zile, dopul se elimină, iar ulcerația se vindecă treptat, lăsînd o cicatrice. În cazul furunculelor multiple, care iau naștere simultan sau succesiv, boala poartă denumirea de furunculoză; ea se dezvoltă în special la oamenii care suferă de diabet zaharat, obezitate, gută, alcoolism, anemie. Furunculoza influențează asupra stării generale a bolnavului și poate da complicații în formă de carbuncule, septicemie. Pentru profilaxia și tratamentul furunculozei vezi piodermitele.

Galen Claudius (aproximativ 130—200), medic, naturalist şi filozof roman de origine greacă născut la Pergam, în Asia Mică. La Roma a ocupat o vreme funcţia de medic al gladiatorilor. Galen este cel mai de seamă reprezentant al medicinei antice după Hippocrat. A scris un număr enorm de lucrări, din care cele mai valoroase sînt scrierile sale de anatomie şi fiziologie, precum şi comentariile la opera hippocratică. Galen a întreprins multe experienţe, care i-au permis să precizeze mecanismul unor fenomene biologice. Astfel, declarîndu-se în dezacord cu unii predecesori care afirmaseră că creierul are doar rolul de a răci fierbinţeala pornită de la inimă, Galen s-a străduit să demonstreze prin experienţe pe animale că, într-adevăr, creierul reprezintă un organ al sensibilităţii şi al gîndirii. Pe plan filozofic a făcut totuşi concesii idealismului, ceea ce explică, de altminteri, trecerea de care s-a bucurat opera galenică în Evul Mediu, cînd ştiinţa era subordonată dogmelor religioase.

Galli-Mainini (reacţia), metodă de laborator prin care se poate stabili diagnosticul precoce al sarcinii. Se injectează la broscoi 2—3 ml urină de femeie presupusă gravidă. După 4 ore se recoltează urina broscoiului şi se examinează la microscop. Dacă în ea apar spermatozoizi, reacţia este socotită pozitivă şi deci femeia este gravidă. Reacţia Galli-Mainini este o reacţie simplă, uşor de făcut şi destul de precisă. Pentru a nu se altera rezultatul ei, trebuie ca femeia să nu ia nici un medicament cu 24 de ore înainte de recoltarea urinii.

gama-globulină, fracţiune a proteinelor din serul sanguin. Anticorpii care determină rezistenţa (imunitatea) organismului faţă de diferite infecţii sînt constituiţi din gama-globuline. Gama-globulinele izolate din plasma umană şi concentrate sînt utilizate în profilaxia faţă de anumite boli (rujeolă, hepatită epidemică, poliomielită), avînd proprietatea de a împiedica apariţia acestor boli dacă sînt injectate înainte sau imediat după contactul infectant.

Gamaleia Nikolai Feodorovici (1859—1949), medic şi bacteriolog sovietic, colaborator al lui Pasteur şi Mecinikov, organizator al primelor laboratoare de microbiologie şi staţii

Nikolai Feodorovici Gamaleia.

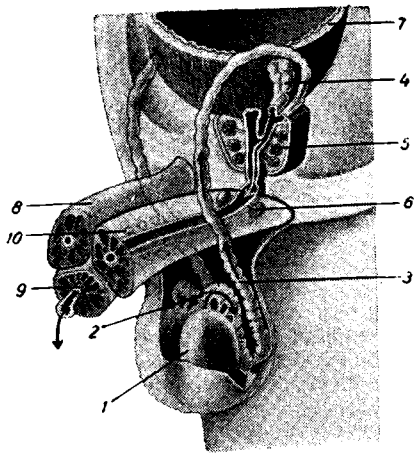
antirabice din Rusia. Este autorul unor importante lucrări privind variabilitatea microbiană, dezinfecţia şi deratizarea, toxinele bacteriene, prepararea vaccinului antirabic, ciuma, holera, dalacul.

gangrenă, mortificarea ţesuturilor, datorită compromiterii factorilor indispensabili vieţii celulare. În legătură cu aceşti factori se descriu diferitele aspecte clinice ale gangrenei. Gangrena gazoasă este o infecţie cu microbi anaerobi *(B. perfringens, B. histoliticus)*, care produce o mortificare extensivă a ţesuturilor, cu eliberarea de gaze şi toxemie gravă. Cel mai frecvent, microbii anaerobi sînt asociaţi cu microbi aerobi, de obicei cu streptococul. Cei anaerobi se dezvoltă numai în anumite condiţii, realizate de rănile cu zdrobiri de ţesuturi (mai ales ale maselor musculare, murdărite cu pămînt sau alte materiale în care se găsesc spori de anaerobi); de aceea se observă mai ales în urma rănilor de război şi a accidentelor de circulaţie. Diminuarea rezistenţei organismului prin hemoragie abundentă, stare de şoc etc. uşurează apariţia şi dezvoltarea gangrenei gazoase. Unele leziuni la diabetici şi chiar unele arsuri şi degerături se pot complica cu gangrena gazoasă. Prima senzaţie de care se plînge bolnavul este aceea de tensiune şi de strîngere dureroasă la nivelul rănii. Desfăcînd pansamentul se observă că rana răspîndeşte un miros pătrunzător de putrefacţie şi are o secreţie murdară-brună. Pielea din jurul rănii este întinsă, lucioasă, cu vene dilatate şi la palpare se simt crepitaţii. Starea generală a bolnavului este gravă, temperatura ridicată şi bolnavul moare datorită fenomenelor toxice grave (septicemie, icter hemolitic, anurie). *Tratamentul profilactic:* curăţirea corectă a rănilor, drenaj, antibiotice, ser antigangrenos, combaterea stărilor de deficienţă a organismului (transfuzii, vitamine). *Tratamentul curativ* este chirurgical, ser antigangrenos, antibiotice. Gangrena prin tulburări de circulaţie este destul de frecventă; se observă în emboliile arteriale sau în stadiul avansat al arteritelor. Gangrena poate prinde mai multe degete şi o parte a piciorului sau piciorul în totalitate. Evoluţia merge spre mumificare şi este foarte înceată. Se poate complica cu gangrena gazoasă. *Tratamentul* este medical şi chirurgical; uneori amputaţie. *Gangrenă pulpară*, stare a pulpei dentare mortificate, în care ţesutul pulpar (vasele şi nervii dintelui) se descompune din cauza infectării sale de către microbii de putrefacţie. Se produce după ce pulpa s-a mortificat datorită unor intoxicaţii, unor tulburări vasculare (cauze generale), unor traumatisme ale dinţilor tineri sau agenţilor termici. Cel mai deseori apare ca o complicaţie a cariei dentare, care devine penetrantă, ajungînd pînă în canalul radicular al dintelui. Bolnavul nu acuză uneori nici un simptom, mortificarea şi infecţia supraadăugată petrecîndu-se „în tăcere". În acest mod se poate forma şi granulomul (vezi granulom), care poate exista tot „în tăcere". Alteori se manifestă prin aceea că a devenit foarte urît mirositoare cavitatea carioasă a dintelui şi uneori — mai ales cînd aceasta se astupă cu resturi alimentare — apar dureri pulsatile ce pot trăda formarea unui abces (gangrenă complicată). Tratamentul gangrenei trebuie început numai după ce stomatologul a văzut pe radiografii dacă există sau nu un granulom, dacă rădăcina se prezintă penetrabilă de instrumentele dilatatoare care se utilizează în tratamentul rădăcinilor.

gastrectomie, rezecţia unei părţi (gastrectomie parţială) sau a stomacului în întregime (gastrectomie totală). Reprezintă tratamentul chirurgical al ulcerelor gastro-duodenale şi al tumorilor gastrice. *Gastrotomie*: secţiunea peretelui gastric cu scop explorator. *Gastrojejunostomie*: stabilirea unei anastomoze între stomac şi jejun. La noi în ţară, chirurgia stomacului se face la un înalt nivel tehnic, cu rezultate destul de bune, şi a reprezentat una din preocupările de seamă ale chirurgilor Traian Nasta şi N. Hortolomei.

gemeni — vezi sarcină.

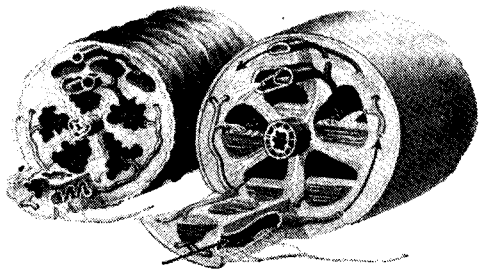
genital, în legătură cu funcţia de reproducere. *Aparat genital*: totalitatea organelor care asigură reproducerea speciei respective. La om, el diferă la femeie şi bărbat. 1) *Aparatul genital masculin* este alcătuit din organe genitale interne (testicul, epididim, canal deferent, vezicule seminale, prostată) şi organe genitale externe (scrot şi penis). *Organele genitale interne* asigură formarea celulelor reproducătoare masculine numite spermatozoizi, eliminarea lor şi depozitarea pînă în momentul actului sexual. *Organele genitale externe* asigură adăpostirea glandei sexuale



Aparat genital masculin. *1* — testicul; *2* — epididim; *3* — canal deferent; *4* — veziculă seminală; *5* — prostată; *6* — glandă Cowper; *7* — vezică urinară; *8* — corp cavernos; *9* — corp spongios cu uretră; *10* — glande uretrale.

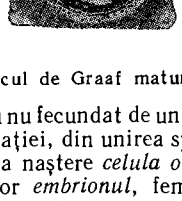
(scrotul conţine testiculele) şi depunerea spermatozoizilor în organele genitale ale femeii (penisul). Testicului este glanda genitală a bărbatului. Are formă ovoidă, lung de aproximativ 5 cm, cu un diametru de circa 3 cm.

Cele două testicule sînt conținute în scrot și cîntăresc aproximativ 40—50 g împreună, testiculul drept fiind ceva mai mic de cît cel stîng. Fiecare testicul este format din aproximativ 200 mici compartimente care provin dintr-o membrană fibroasă, rezistentă, numită *albuginee*. Compartimentele sînt



Mecanismul erecției.

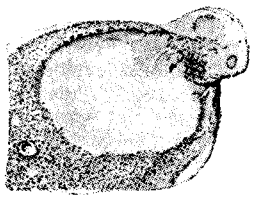
umplute cu rețele de canalicule seminifere, din a căror unire se formează epididimul. Celulele care căptușesc canalele seminifere se transformă în spermatozoizi ce sînt conduși prin însăși canalele amintite, apoi prin canalul epididimului și canalul deferent, în *veziculele seminale*, unde sînt depozitați. Tot în testicul există grupuri de celule a căror funcție principală este de a secreta un hormon masculin, numit *testosteron*, care se varsă direct în sînge și care imprimă în cursul dezvoltării corpului caracterele sexuale masculine. *Epididimul* este format din reunirea a mai multor canale colectoare ce vin dinspre testicul și are forma unui tub foarte întortocheat de aproximativ 6—7 m lungime, strîns însă sub forma unei creste în jurul testiculului, pe o porțiune de aproximativ 5 cm. Canalul deferent continuă epididimul pînă în regiunea veziculelor seminale, fiind însoțit de nervi, artere și vene care nutresc testiculul și cu care formează împreună *cordonul spermatic*. *Veziculele seminale* sînt două rezervoare de 5—6 cm lungime și 1—1,5 cm diametru, în care se aglomerează lichidul spermatic rezultat din activitatea testiculului lichid care este format la rîndul său cam 90% din spermatozoizi. *Prostata* este o glandă anexă a aparatului genital care înconjură uretra (canal prin care se scurge în afară urina, din vezica urinară și — la bărbat — sperma din veziculele seminale). Glanda prostată este redusă de volum la vîrsta pubertății, se dezvoltă la 20—25 de ani, rămînînd staționară pînă în jurul a 50 de ani, cînd poate suferi o nouă creștere de volum *(hipertrofie de prostată)*, ce produce tulburări în micțiune. Glanda secretă un lichid lăptos, care diluează lichidul spermatic în momentul ejaculării. Tot prostata se pare că secretă un hormon care stimulează spermatogeneza. În jurul glandei se găsește un strat muscular care la momentul necesar se contractă, comprimă prostata, făcînd-o să elimine secreția sa în cursul ejaculării. *Sperma* este produsul final al organelor genitale interne masculine, fiind un lichid alb-gălbui, vîscos, care conține spermatozoizi mobili, celule epiteliale ce provin din canalele pe unde trece, substanțe minerale, toate diluate într-un lichid secretat de prostată, de vezicula seminală și alte glande anexe. În timpul actului sexual, la un moment de excitație maximă, contracția glandelor seminale și a prostatei duce la eliminarea spermei prin uretră (ejaculare), cantitatea eliminată fiind de cîțiva cm^3. Organele genitale externe sînt *penisul* și *scrotul*. Penisul are formă cilindrică, conținînd în mijlocul lui uretra. În jurul acestui canal se află o formațiune numită *corp spongios*, iar în părțile antero-laterale se găsesc încă două formațiuni numite *corpi cavernoși*. Aceste organe umplîndu-se de sînge în timpul *erecției* dau penisului o duritate și un volum crescut. Penisul este acoperit de piele care se răsfrînge pe partea liberă a lui (gland), răsfrîngere numită prepuț. Orificiul prin care se deschide uretra este ușor turtit și se numește *meat* uretral. *Scrotul* este o formațiune cutanată, pigmentată și cutată, ce adăpostește testiculele, epididimul și o porțiune a canalelor deferente 2) *Aparatul genital feminin* este alcătuit din organe genitale interne (ovar, trompe, uter, vagin) și organe genitale externe, labii (buze mari și mici), clitoris și glande anexe. *Ovarul* are forma unei migdale, lung de 3—4 cm, gros de aproximativ 1 cm și cîntărește 7—9 g. Pe secțiune, prezintă o zonă corticală și una medulară centrală. Zona corticală generează celulele reproducătoare feminine, numite *ovule*, în total aproximativ 400—500 de-a lungul perioadei de maturitate a femeii. Ovulele iau naștere în niște formațiuni speciale, numite foliculi de Graaf. Cînd foliculul devine matur, se rupe la suprafața ovarului (ovulație), eliminînd ovulul, care trece în trompă. După eliminarea ovulului, foliculul de Graaf se transformă într-o glandă cu secreție internă, numită *corp galben*, care produce hormonul numit *progesteron* sau *luteină*. Evoluția corpului galben este apoi diferită după cum ovulul fabri-



Folicul de Graaf matur.

cat de el este sau nu fecundat de un spermatozoid. În cazul fecundației, din unirea spermatozoidului cu ovulul ia naștere *celula ou*, din care se dezvoltă ulterior *embrionul*, femeia rămînînd însărcinată. În acest caz, corpul galben continuă să secrete progesteron în tot timpul sarcinii. Dacă ovulul nu este fecundat, corpul

galben dispare transformîndu-se într-o cicatrice albicioasă, proeminentă pe suprafaţa ovarului, numită *corp albicans* (alb), fără activitate secretorie. Tot foliculul de Graaf, în perioada lui de formare şi creştere, secretă un alt hormon, numit *foliculină*, care determină caracterele sexuale ale femeii (vezi sex)



Ovulaţie.

şi modificările mucoasei uterine din timpul ciclului menstrual. Acţiunea foliculinei asupra mucoasei uterine este completată de efectul progesteronului. Partea medulară a ovarului este bogată în vase şi nervi. *Trompele uterine* sînt două conducte lungi de 10—12 cm, groase de aproximativ 1 cm, cu pereţi musculari, situate de o parte şi de alta a uterului. Capătul liber al trompelor este lărgit şi se numeşte *pavilion*, avînd marginile libere sub forma unor franjuri care prind ovulul eliminat din ovar şi îl conduc către interiorul trompei. În drumul său prin trompă, ovulul este împins prin cilii vibratili ai celulelor ce căptuşesc trompa. Dacă în cursul călătoriei sale prin trompă ovulul este fecundat, în momentul ajungerii lui în uter el se prinde în mucoasa acestuia sub formă de celulă ou (vezi fecundaţie). Uterul este un organ cavitar, musculos, de forma unei pere, a cărui porţiune îngustă se continuă cu vaginul. Partea mai bombată a uterului închide o cavitate uterină în care se dezvoltă embrionul. În cursul sarcinii, această cavitate se măreşte mult, ajungînd pînă deasupra ombilicului. Partea mai îngustă numită *col* sau gît suferă şi ea modificări în timpul sarcinii, astfel că la naştere colul uterin se „şterge" şi se dilată, permiţînd expulzia fătului. Cavitatea uterină este căptuşită cu o mucoasă care suferă transformări ciclice atunci cînd femeia nu este însărcinată. Bogat vascularizată, mucoasa se îngroaşe şi se desprinde, eliminîndu-se împreună cu sînge neînchegat, sub forma *menstruaţiei*. După eliminare, mucoasa uterină se reface, reluînd ciclul. În cazul fecundaţiei, transformările amintite sînt întrerupte, iar îngroşarea mucoasei uterine serveşte ca teren prielnic pentru dezvoltarea embrionului. *Vaginul* este un canal musculos, lung de 8—10 cm, care continuă uterul, deschizîndu-se în afară, la locul numit *vestibul vaginal*. Peretele vaginului este bogat în glande a căror secreţie creşte în timpul actului sexual. Mucoasa care căptuşeşte vaginul este bogat vascularizată şi inervată, prezentînd îndoituri transversale, dintre care o răsfrîngere mai accentuată sub forma unei membrane perforate (himenul) acoperă deschiderea vaginului, pînă la căsătorie. *Labiile* sau *buzele mari*, sînt pliuri ale pielii, acoperite pe partea lor externă cu păr. Partea internă are aspectul unei mucoase umede şi lucioase. Labiile mari acoperă alte două pliuri mai scurte şi mai groase, *labiile* sau *buzele mici*. La unirea anterioară a labiilor mici se găseşte un mic organ numit *clitoris*, format din ţesut vascular erectil asemănător corpilor cavernoşi de la bărbat. În timpul actului sexual, clitorisul se măreşte ca volum (erecţie). Labiile mici delimitează între ele deschizătura vaginului denumită *vestibul*, care este obstruată la fete prin *himen*. Zona formată din vestibul şi labii mari şi mici este denumită şi *vulvă*. În partea anterioară, vulva ajunge pînă în dreptul simfizei pubiene (articulaţia dintre oasele pubiene — vezi schelet) care, fiind acoperită cu grăsime şi proeminînd, poartă numele de *muntele Venerei*. Glandele anexe ale organelor genitale externe sînt situate în pereţii vulvei şi servesc la umectarea regiunii respective. Organele genitale se maturează la vîrsta de 12—13 ani, perioadă denumită *pubertate*, iar funcţia glandelor sexuale începe la vîrsta de 45—50 de ani, perioadă numită *menopauză* sau *climacterium*. Între aceste două vîrste se află perioada de activitate sexuală a femeii, cînd pot fi concepuţi copiii. O activitate sexuală excesivă, viciată prin practici sexuale anormale, o proastă igienă sexuală, diferite boli generale sau ale organelor genitale scurtează perioada de activitate sexuală atît la femei, cît şi la bărbaţi. Urmărirea funcţiei aparatului genital poate fi făcută prin dozarea hormonilor produşi de glandele sexuale sau prin examinarea secreţilor vaginale sau a lichidului spermatic (spermatogramă).

genu valgum, diformitate a genunchiului, caracterizată prin flexia laterală externă a membrului, care accentuează unghiul format de axul longitudinal al femurului cu axul longitudinal al tibiei deschis în afară; genunchiul ne apare astfel împins înăuntru. Este datorit unei leziuni osoase, mai ales consecinţa rahitismului. Beneficiază de tratament cu vitamină D_2, calciu, helioterapie, mai ales cu scop profilatic. Dacă se menţine după etatea de 3—5 ani se indică intervenţia chirurgicală.

genu varum, diformitate a genunchiului inversă de cît în *genu valgum*.

Geoagiu, staţiune balneară lîngă Orăştie (4 km) cu izvoare slab mineralizate, alcaline,

calcice, mezotermale (29—31°) și nămol de turbă, feruginos, indicat în boli ale aparatului digestiv, locomotor și ale sistemului nervos periferic.

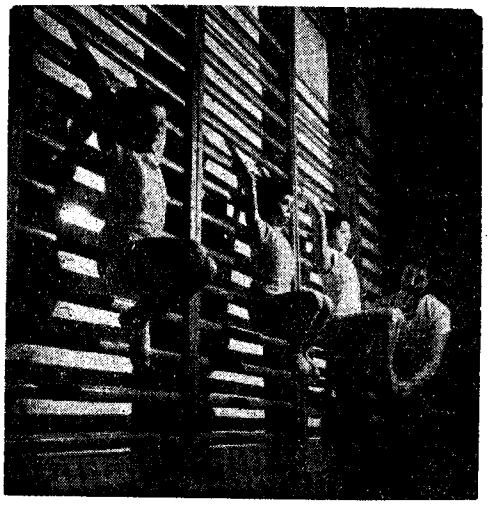
Geoaglu

gestație, perioadă în care organismul matern poartă embrionul și fătul. Această perioadă ține din momentul concepției, pînă la naștere, fiind pentru om de aproximativ 9 luni. Scurtarea perioadei de gestație pînă la 7 luni, însoțită de o naștere prematură, poate produce copii viabili cu condiția ca nou-născuții înainte de termen să fie îngrijiți în condiții speciale. În perioada de gestație, în organismul matern apar o serie de modificări funcționale care impun o menajare fizică și psihică, cît și o alimentație substanțială, mai cu seamă în ultimele luni de sarcină.

giardioză (lambliază), boală cronică parazitară produsă de *Giardia (lamblia) intestinalis*, parazit unicelular al intestinului subțire. Este destul de răspîndită atît la copii, cît și la adulți. De obicei, simptomul principal este o diaree cronică, care evoluează luni sau chiar ani. Alteori, mai ales la copii, semnele principale sînt oboseala, durerea de cap, grețuri, mărirea ficatului, chiar o gălbinare (icter) ușoară. Ajungînd în intestinul gros, parazitul se închistează. Aceste forme chistice (10 microni diametru) se elimină prin materiile fecale și sînt rezistente în mediul extern. Infestarea oamenilor sănătoși se face prin apă, alimente (zarzavaturi, fructe nespălate), care conțin chisturi de *lamblia. Tratamentul* bolii se face cu atebrină.

gigantism, sindrom caracterizat printr-o creștere exagerată în lungime, depășind media corespunzătoare vîrstei, sexului, speciei. Apare de obicei la pubertate și aproape numai la băieți. Este datorit, ca și acromegalia, unei tumori sau hiperfuncționări a hipofizei anterioare. Gigantismul odată constituit, nu are, practic vorbind, un tratament, de aceea se recomandă controlul sistematic al dezvoltării copiilor în perioada preșcolară, cu atenție deosebită la prepubertate și pubertate.

gimnastică, ansamblu de exerciții fizice, bazate pe combinarea a diferite mișcări, cu scopul de a obține dezvoltarea armonioasă a organismului. Gimnastica este necesară oricărui om, în limitele potrivite cu posibilitățile fizice ale fiecăruia. Trebuie combătute în special două prejudecăți, încă destul de răspîndite: a) „nu mai am nevoie de gimnastică, îmi ajunge exercițiul fizic din timpul muncii profesionale" și b) „sînt prea în vîrstă să mai fac gimnastică". Se recomandă ca ziua să înceapă cu 10 minute de *gimnastică de înviorare*, cel mai bine după indicațiile difuzate în fiecare dimineață de posturile noastre de radio. Gimnastica de înviorare se face înaintea mesei de dimineață, într-o ținută ușoară și în camera bine aerisită sau cu geamul deschis. După gimnastică se freacă corpul cu un șervet ud sau se face un duș. Practicată sistematic, gimnastica stimulează sistemul nervos central, avînd prin aceasta o pronunțată influență favorabilă asupra tuturor funcțiilor vitale (respirația, circulația sîngelui, digestia etc.), mărind capacitatea de muncă și rezistența la îmbolnăviri. *Gimnastică medicală*, complex de exerciții fizice special prescrise pentru restabilirea unor funcții ale organismului,



Gimnastică medicală pentru copii

tulburate de diverse îmbolnăviri. Gimnastica medicală se folosește la copii, în tratamentul deviațiilor coloanei vertebrale, în tuberculoza osteo-articulară, tratarea sechelelor de poliomielită etc. La adulți se aplică în afecțiuni ale oaselor și articulațiilor, boli ale aparatului

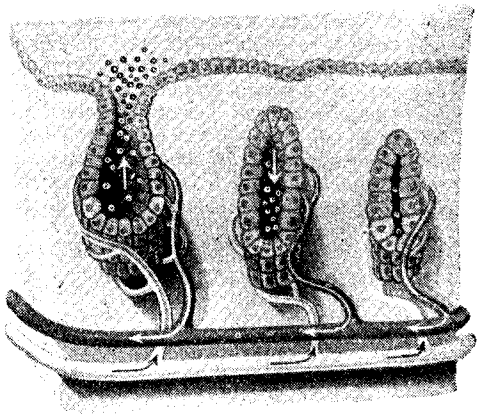
cardio-vascular, ale sistemului nervos, ale aparatului respirator sau digestiv. Gimnastica medicală constituie un element important al tratamentului complex aplicat în sanatoriile din staţiunile balneoclimaterice.

Gimnastica în producţie, complex de exerciţii fizice special alcătuit după profilul muncii. Gimnastica în producţie dă cele mai bune rezultate atunci cînd se practică prin introducerea unei pauze speciale la mijlocul zilei de muncă. Exerciţiile concepute de specialişti în aşa fel încît să solicite alte grupe de muşchi decît cele obosite în procesul muncii realizează o excelentă formă de odihnă activă, fac să se mărească capacitatea de lucru şi contribuie nu numai la întărirea sănătăţii, ci şi la sporirea productivităţii muncii.

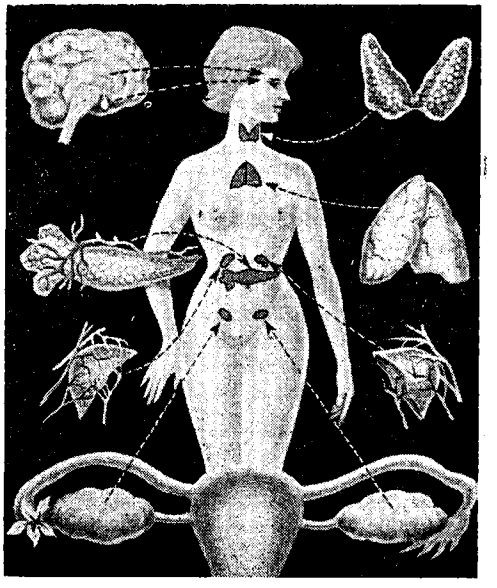
gingivită, inflamaţie a mucoasei gingivale. Gingivitele apar în bolile acute şi cronice ale organelor interne, ale sistemului nervos, în tulburări metabolice şi în tulburările glandelor cu secreţie internă; astfel de gingivite apar în sarcină, în perioada de maturizare sexuală, în bolile de sînge, în avitaminoze etc. Gingivitele pot apărea, de asemenea, în urma intoxicaţiilor cu plumb, mercur etc. Printre cauzele locale care provoacă gingivita sînt: întreţinerea neigienică a cavităţii bucale, depunerea tartrului dentar, proteze lucrate incorect şi care traumatizează mucoasa gingivală. *Pentru profilaxia gingivitei* se recomandă curăţirea zilnică a dinţilor sau a protezelor: cel puţin de două ori pe an medicul stomatolog va curăţi dinţii de tartru, iar dinţii cariaţi se vor plomba la timp.

gingivoragie, hemoragie produsă la nivelul gingiilor, cauzată fie de boli generale (leucemii, scorbut, hipovitaminoze, anemii etc.), fie de unele forme de stomatite sau parodontopatii cu congestii mari la nivelul gingiilor. Trebuie neapărat descoperită cauza acestor pierderi sanguine, pentru a se putea administra la timp un tratament corect şi eficace. Vitamina C şi coagulante în doze mari pot fi luate în gingivoragiile produse de lipsa de vitamină. În acele hemoragii cauzate de gingivite, trebuie îndepărtate depozitele de tartru, pentru ca ele să nu constituie un factor iritativ pentru gingii. Uneori este necesar să se facă analize care să arate cum funcţionează ficatul (probe hepatice), deoarece şi o insuficienţă funcţională a acestuia poate produce hemoragii gingivale.

glande, formaţiuni alcătuite din celule de un tip special, a căror activitate principală este de a produce substanţe cu rol în desfăşurarea unor procese din organism. Unele glande elimină în exterior produsul lor de secreţie printr-un canal glandular. Aceste glande se numesc *glande cu secreţie externă* sau exocrine, fiind bogat reprezentate în pereţii diferitelor organe cavitare din corp (de exemplu: glandele salivare din cavitatea bucală; glandele stomacale din stomac). Alte glande nu au canal glandular, iar produsul lor numit *hormon* este vărsat direct în sîngele din vasele care înconjură glanda. Asemenea glande se numesc *glande cu secreţie internă* sau *glande endocrine. Pancreasul* şi *glandele sexuale* sînt *glande mixte*, ele producînd pe lîngă secreţii externe, care se elimină în afară prin canale speciale, şi secreţii interne sau hormoni. Principalele glande exocrine sînt: *glandele salivare, glandele din pereţii tubului digestiv* care secretă fermenţi cu rol în digestie (vezi digestie); *ficatul* este, de asemenea, un organ cu funcţie glandulară, el producînd bila ce se varsă în intestin; *pancreasul* este o altă glandă anexă digestivă. În numeroase alte organe se găsesc glande care secretă un



Secreţie externă — secreţie internă (schematic).



Glande cu secreţie internă la femele.

lichid mai mult sau mai puțin vîscos, ce umezește cavitățile organelor respective (cavități nazale, trahee, glandele anexe ale aparatului genital). Un rol deosebit îl au *glandele sudoripare* care formează sudoarea și care au un rol atît în *excreție*, cît și în fenomenul de *termoreglare*. Glandele cu secreție internă sau endocrine sînt: *hipofiza* și *epifiza*, care se găsesc în cavitatea craniană; *tiroida*, *paratiroida*, *timusul* se găsesc la nivelul gîtului și în regiunea superioară a toracelui. *Glandele suprarenale* și *sistemul glandelor cromafine*, *ovarele*, *pancreasul*, se găsesc în cavitatea abdominală.

glaucom (apa neagră), boală de ochi al cărei simptom principal îl constituie creșterea tensiunii intraoculare însoțită de scăderea vederii. Este o afecțiune frecventă și gravă și ocupă primul loc între cauzele de orbire la adulți. Afecțiunea poate fi secundară unei boli oculare — tumoare, hemoragie intraoculară, inflamația globului ocular — constituind glaucomul secundar, sau poate fi primitivă, fără o cauză precizată. Tensiunea intraoculară se poate măsura digital. Cele două degete arătătoare se aplică pe pleoapa superioară, bolnavul privind în jos, și se exercită o presiune alternînd degetele, pentru a cerceta fluctuența conținutului globului ocular. Ne putem da seama, în acest fel, de modificări de tensiune mari. Cu aparate speciale — tonometre — se poate măsura tensiunea în mod exact. În mod normal, tensiunea variază între 15 și 24 mm Hg. Peste această limită este vorba de glaucom. Tensiunea trebuie măsurată de mai multe ori în cursul zilei, fiindcă există variații. În mod normal, tensiunea este mai ridicată dimineața. Glaucomul poate îmbrăca o formă cronică, simplă, fără semne zgomotoase. Tensiunea intraoculară, lent crescută, comprimă vasele retiniene și distruge nervul optic, ducînd la pierderea vederii. Boala este constatată întîmplător de bolnav, cînd acoperă ochiul sănătos și constată că nu vede cu celălalt. Forma cronică este gravă, deoarece bolnavul își ignorează boala o perioadă de timp. O altă formă, congestivă, este caracterizată prin mici atacuri. Bolnavul acuză brusc, mai ales dimineața sau după efort fizic sau ocular, o ușoară durere oculară, vederea se voalează, la lumina lămpii vede cercuri colorate — curcubeu — ochiul este puțin roșu. După un timp variabil — 10 minute pînă la 1 oră, — fenomenele dispar, pentru a se repeta din nou după un interval de zile sau săptămîni. Uneori brusc sau după astfel de mici atacuri apare marele atac. Apar în mod brusc dureri mari oculare, semicranie, vederea se încețoșează foarte mult, bolnavul nu mai zărește decît lumina, ochiul este foarte congestionat, corneea tulbure, pupila dilatată, iar tensiunea intraoculară crescută la 80—100 mm Hg. Fenomenele oculare se însoțesc de grețuri, vărsături, pulsul se rărește, ceea ce determină pe bolnav să se prezinte la medic. Glaucomul netratat duce la pierderea vederii. Boala este bilaterală totdeauna, chiar dacă există interval de timp între începutul bolii la cei doi ochi. Glaucomul se observă mai des la oamenii vîrstnici, dar și la adolescenți. La copii se datorește unei anormale dezvoltări a ochiului și duce la mărirea globului ocular — buftalmie — ochi de bou. Tratamentul glaucomului urmărește scăderea tensiunii intraoculare. Aceasta se obține prin instilații de medicamente hipotensoare, cum ar fi pilocarpina, și prin administrarea de diuretice. Bolnavul trebuie să instileze pilocarpină în tot cursul vieții, la intervale de timp fixate de medic, zilnic. Deoarece pilocarpina poate să-și piardă efectul, este nevoie ca bolnavul să se prezinte periodic la controlul oculistului. Medicamentele administrate în conformitate cu prescripția medicului împiedică evoluția mai departe a bolii. Ceea ce s-a pierdut din acuitatea vizuală nu mai poate fi recîștigat, mai ales în forma cronică a bolii. Uneori este necesară intervenția chirurgicală, cînd tensiunea nu se mai poate menține în limite normale. Pe lîngă tratamentul ocular cu pilocarpină și control periodic, bolnavii trebuie să ducă o viață ordonată, lipsită de emoții puternice, mese moderate, lipsite de excitante, evitarea constipației, a băilor fierbinți și reci, evitarea surmenajului fizic și ocular. Se recomandă ca orice om peste 40 de ani, care prezintă încețoșări de vedere trecătoare, cercuri colorate la lumina lămpii, ușoare dureri oculare, ochiul roșu, să se prezinte la specialist. Necesitatea unui examen periodic ocular se impune pentru orice persoană depășind vîrsta de 40 de ani. În țară la noi este organizată lupta antiglaucomatoasă prin înființarea de centre speciale, ca și prin cursuri de inițiere a medicilor de circumscripții, care să poată depista și trata boala cît mai de timpuriu.

globul alb — vezi hemogramă.

globul roșu — vezi hemogramă.

glomerulonefrită, afecțiune inflamatoare renală. Poate fi *difuză* atunci cînd inflamația răspîndită interesează majoritatea glomerulilor renali. *Glomerulonefrita difuză* se manifestă prin prezența de sînge în urină (hematurie), edeme și hipertensiune arterială. Apare la 14—21 de zile după o infecție provocată de streptococ, stafilococ sau pneumococ: angină, scarlatină, erizipel, infecții ale pielii, pneumonie. Bolnavul începe prin a se plînge de dureri lombare (de șale), astenie, cefalee. Curînd se instalează edemul, mai întîi la pleoape și față; dacă bolnavul nu se adresează medicului, se poate generaliza ajungînd, la edem cerebral, cu convulsii și manifestări nervoase. La fel, hipertensiunea arterială crește, putînd acționa asupra inimii și producînd insuficiența inimii stîngi, cu dispnee și chiar cu edem pulmonar acut (vezi edem — pulmonar). Urina redusă cantitativ este hematurică și prezintă la microscop cilindri granuloși, martori ai leziunilor renale.

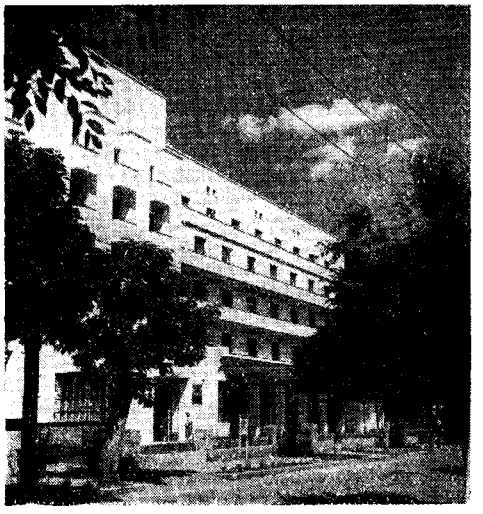
Tratamentul preventiv constă în tratarea precoce şi susţinută a infecţiilor, cu control repetat al urinii, pentru a descoperi din timp o interesare renală. Curativ, bolnavul va păstra patul, va fi supus 3 zile la o cură de foame şi sete, în care timp nu mănîncă şi nu bea nimic (cel mult 2—3 mere sau lămîi pe zi), după care regimul se va îmbunătăţi progresiv, renunţîndu-se însă la sare. Se administrează antibiotice. *Glomerulonefrita în focar* interesează rinichii parcelar; ea apare în cursul unei infecţii, cel mai des al amigdalitelor acute. Semnul principal este prezenţa sîngelui în urină. Cedează la tratamentul cu antibiotice şi dietă. Ulterior se asanează focarele. *Glomerulonefrita difuză acută* poate trece uneori neluată suficient în seamă sau chiar tratată, să nu se vindece complet; ea duce atunci în mod progresiv către *glomerulonefrita cronică*. O uşoară creştere a tensiunii arteriale, tradusă prin cefalee, dispnee la eforturi, ameţeli şi însoţită de un uşor edem al pleoapelor şi de o creştere a cantităţii de urină, mai ales a celei de noapte, sînt semnele glomerulonefritei cronice. Examenul acestei urini arată o densitate scăzută (1010) şi fixă, albuminurie, hematii şi cilindri granuloşi. Probele funcţionale renale sînt alterate. Bolnavul va evita eforturile fizice, frigul, umezeala, va urma regimul prescris de medic (în general cu sare şi proteine reduse) şi se va supune unui control regulat pentru a îndepărta orice cauză care ar putea grăbi evoluţia acestei nefrite către uremie (vezi uremie).

glucide — vezi aliment.

glucoză, zahăr cu o largă întrebuinţare în terapeutică, dizolvat în apă distilată, în concentraţii adecvate scopului. În organism se oxidează eliberînd energie sub formă de calorii, CO_2 şi apă. Este deci un aliment mai ales energetic. CIF o livrează în fiole de concentraţii 20%, 33%, 40%, 66% ca soluţii hipertone şi 47% ca soluţii izotone. Se prescrie în injecţii intravenoase, cel mai frecvent în tratamentul ambulatoriu şi în perfuzii intravenoase în clinică, în cazuri de miocardită, diferite intoxicaţii, afecţiuni hepatice. Soluţiile hipertone se folosesc mai ales în cazurile în care trebuie crescută cantitatea de apă din sînge, glucoza în exces atrăgînd-o din ţesuturi, pentru a deveni o soluţie izotonă (în edem cerebral, după hemoragii cu pierdere mare de sînge). Soluţia cu o concentraţie mare de glucoză 66% sclerozează pereţii venelor la injectare, astfel că este folosită în tratamentul varicelor. Chiar cînd este injectată lent intravenos poate da naştere la tulburări uşoare, fără pericol, ca uşoară durere abdominală, stare de moleşeală, iar după 10—30 de minute pot apărea frison, febră, transpiraţii.

gomă, leziune superficială, caracterizată printr-un nodul de dimensiuni variabile, situat în porţiunea cea mai profundă a pielii (hipoderm). La început tare la pipăit (faza de cruditate), goma se înmoaie prin transformarea purulentă a conţinutului său (faza de ramolire) şi apoi se deschide la piele printr-o ulceraţie (faza de ulcerare), prin care se evacuează conţinutul, după care se formează o cicatrice (faza de cicatrizare). Gomele reprezintă expresia unei infecţii cronice cu evoluţie lentă şi se întîlnesc în sifilis (în perioada terţiară), în tuberculoză, în diferite infecţii micotice (sporotricoză). Tratamentul este cel specific pentru fiecare boală în parte.

Govora, la sud-vest de oraşul Rîmnicu-Vîlcea în valea rîului Hin, pe un platou situat la altitudinea de 360 metri, se află staţiunea Govora, a cărei ape minerale au făcut-o cunoscută în toată ţara şi peste hotare. Bucurîn-



Govora.

du-se de un climat blînd, de cruţare, cu ierni uşoare şi veri răcoroase, staţiunea este căutată de către suferinzi în tot cursul anului. Apele minerale din staţiune sînt fie sărate-iodurate sau sărate-sulfuroase, fie slab mineralizate. Apele sulfuroase şi iodurate sînt folosite atît în cura internă şi externă, cît şi în inhalaţii, pulverizaţii, irigaţii etc. Ele se prescriu în cura externă în boli al aparatului locomotor, genital feminin, ale sistemului nervos periferic, în intoxicaţii cronice, boli de piele. În administrare pe cale bucală apele sulfuroase hipotonice ale izvorului „30 Decembrie" se prescriu în boli digestive, urinare, în diabet. Ele se mai recomandă şi sub forma de inhalaţii şi pulverizaţii Nămolul mineral din staţiune este utilizat în împachetări, simplu sau cu trecerea prin masa sa a unui curent galvanic — în boli ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic sau ale aparatului genital feminin. Staţiunea are amenajată o instalaţie completă de fizioterapie şi de pneumoterapie cu camere pneumatice, aparate de supra- şi subpresiune, inhalaţii individuale şi colective,

aerosoli. Tratamentul la această secție este indicat bolnavilor respiratori cu rinofaringite, bronșite, astm bronșic, emfizem pulmonar. Din Govora se pot face plimbări și excursii la Urlătoarea lupilor, mînăstirile Govora, Dintr-un lemn, Bistrița, Horezu.

granulom, pungulită cu puroi situată mai ales la vîrful rădăcinii unui dinte. Se produce cînd s-au mortificat nervul și vasele din interiorul dintelui, de obicei într-o carie foarte adîncă. Caria fiind penetrantă, se complică cu o gangrenă pulpară (vezi gangrena). Cu timpul, infecția devenind cronică, organismul se apără împiedicînd răspîndirea microbilor în tot corpul printr-o închistare (îngrădire) a procesului infecțios. Se formează astfel un mic săculeț (înveliș), care conține puroi, numit granulom. Acesta nu produce deseori nici un simptom, fiind de multe ori descoperit pe o radiografie făcută cu alte scopuri. Numai cînd procesul infecțios cronic intră într-o „criză" (proces acut), apar dureri și tumefacție, care necesită intervenția stomatologului. Alteori, procesul infecțios rămîne cronic și se poate întîmpla ca de la nivelul granulomului să se difuzeze toxine în tot organismul, producînd reumatism, boli de inimă, boli de rinichi, ulcer gastric, pentru care granulomul constituie infecția de focar. Iată, așadar, importanța controlului dentar făcut la intervale scurte de timp de către stomatolog, pentru a depista existența acestor procese infecțioase atît de dăunătoare. Granulomul poate fi îndepărtat fie printr-un tratament corect al rădăcinii, fie prin intervenție chirurgicală (rezecție apicală). Numai cînd nu se poate executa nici unul din aceste procedee terapeutice se indică extracția dintelui, pentru a nu se păstra în cavitatea bucală un focar de infecție dentară.

grăsimi — vezi aliment.

gripă, (influență), boală acută infecto-contagioasă cu durată de cîteva zile, caracterizată prin febră și în special simptome din partea aparatului respirator (tuse, strănut, coriză). Este produsă de virusul gripal (se cunosc azi mai multe tipuri: A, A_1, A_2, B, C). Gripa este foarte contagioasă. Apare în cazuri izolate, dar mai ales în epidemii de obicei întinse, în anotimpurile reci, cuprinzînd țări, continente, sau chiar tot globul. Astfel a fost în 1918 epidemia de gripă numită „spaniolă", care a cuprins tot globul și a provocat moartea a peste 20 de milioane de oameni, și epidemia din 1957, numită „asiatică". Izvorul de infecție este omul bolnav; el poate transmite boala timp de cîteva zile după debut. Virusul este eliminat prin secrețiile nazo-faringiene în timpul tusei, strănutului, respirației. Transmiterea bolii se face deci direct pe cale aerogenă, de la bolnav la omul sănătos. Poarta de intrare a virusului la omul sănătos este tot mucoasa nazo-faringiană. În general, oricine poate face boala, deoarece imunitatea lăsată de gripă este de foarte scurtă durată. Incubația este de 1—3 zile. Debutul bolii este brusc, cu febră sau frisoane, dureri de cap. Semnele bolii durează 2—6 zile; în acest timp, bolnavul este foarte obosit, are dureri mari de cap, febră mare, dureri musculare, tuse. În majoritatea cazurilor, simptomele dispar treptat, bolnavul intră în convalescență. De multe ori însă, mai ales la bătrîni și copii, gripa se complică cu infecții microbiene secundare ale plămînului (pneumonii, bronho-pneumonii). Acestea agravează foarte mult boala, mai ales la organisme puțin rezistente (bătrîni, copii mici, sugari). Izolarea virusului gripal se poate face numai în laboratoare speciale de inframicrobiologie, recoltîndu-se secrețiile nazo-faringiene de la bolnavi în primele zile de boală. În tratamentul gripei nu există încă un medicament care să acționeze împotriva virusului. Bolnavul va sta în repaus la pat, într-o cameră curată, aerisită, încălzită. Febra va fi tratată cu piramidon, aspirină, butazolidină. Numai în cazul cînd apar infecții microbiene secundare se folosesc antibiotice și numai la indicația medicului. Gripa face parte din grupa B a bolilor transmisibile. Izolarea bolnavului se face fie la domiciliu, fie în spitalul de boli contagioase, pe o durată de cîteva zile. În timpul epidemiilor se recomandă evitarea aglomerațiilor. În profilaxia gripei se mai recurge și la vaccinarea populației cu un vaccin antigripal, în special uscat, administrat prin pulverizare nazală.

grup sanguin — vezi transfuzie de sînge.

grupă sanitară, formațiune permanentă a Crucii Roșii, alcătuită din 18 echipieri sanitari (comandant, locțiitor de comandant, magazioner și 3 echipe a cîte 5 echipieri, toți activiști voluntari) și cîteva rezerve. Grupa este dotată cu echipament și materiale sanitare, conform unui barem stabilit prin Hotărîre a Consiliului de Miniștri. Grupele sanitare sînt organizate de secțiile de Cruce Roșie, în întreprinderi, instituții, cartiere, gospodării agricole de stat și colective, școli etc. Toți membrii grupei sanitare sînt absolvenți ai cursului de echipieri sanitari. Medicul care a predat cursul rămîne în continuare îndrumătorul tehnic al grupei sanitare. Grupa sanitară desfășoară o activitate planificată, cu caracter organizat și continuu. Ca activiști sanitari posedînd o bună pregătire și perfecționîndu-și mereu cunoștințele prin instructajele predate de îndrumătorul tehnic, echipierii sanitari antrenează în jurul lor pe ceilalți activiști sanitari și masele largi ale populației la realizarea tuturor măsurilor profilactice, prevăzute în planurile comune ale unității medicale pe lîngă care este atașată grupa lor și ale secției de Cruce Roșie.

gură de lup, malformație congenitală datorită nesudării mugurilor din care se dezvoltă fața embrionului. Se prezintă ca o despicătură care interesează buza superioară, arcada alveolară, bolta palatină și vălul palatin.

Nou-născutul prezintă tulburări în alimentație: el nu poate suge, pentru că nu poate face vidul bucal, iar alimentele luate cu linguriță se întorc uneori pe nas. Cînd copilul începe să vorbească se observă tulburările de fonație. Îndeosebi, consoanele T, P, C, B, D, sînt pronunțate foarte defectuos și chiar neinteligibil. Beneficiază de tratament chirurgical.

gușă endemică, boală specifică anumitor regiuni, cu creștere de volum a glandei tiroide și tulburări ce interesează întregul organism. Boala are o distribuție caracteristică în anumite regiuni ale țării: zonele submuntoase și de dealuri. În regimurile trecute, această boală afecta numeroși indivizi și abia în regimul de democrație populară a început o luptă organizată pentru combaterea ei. Cauza principală a gușii stă în lipsa de iod din sol, apă și alimente. Semnul cel mai vădit al bolii și uneori singurul este creșterea de volum a tiroidei (gușa simplă). Alteori apar tulburări în întreg organismul, manifestîndu-se prin hipertiroidism (vezi hipertiroidism) sau hipotiroidism (vezi mixedem). În formele avansate, bolnavii sînt de statură mică, cu fața îmbătrînită precoce și vocea răgușită, gîngăvesc, prezintă debilitate mintală și caracterele sexuale oprite în dezvoltare. *Tratamentul* și *prevenirea* acestei boli sînt strîns legate de administrarea iodului la populația din regiunile gușogene. Copiilor cît și femeilor însărcinate li se dau tablete de iod pentru preîntîmpinarea bolii. Populația din regiunile gușogene trebuie să se hrănească cu alimente proaspete și de bună calitate: carne, ouă, lapte, brînză, fructe, zarzavaturi, pentru că acestea conțin iod în mare cantitate.

Leziune gutoasă

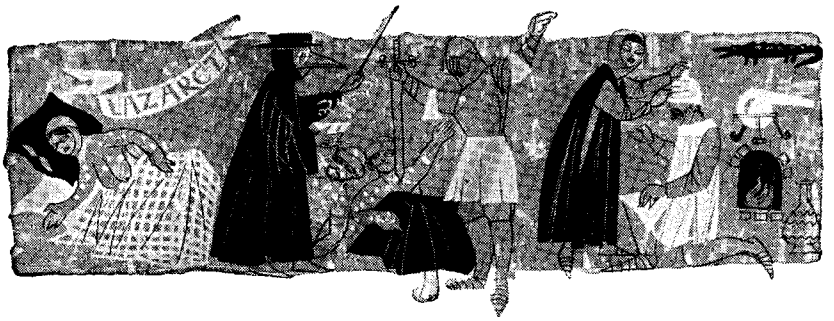
Accesul așa cum este descris de clinicieni.

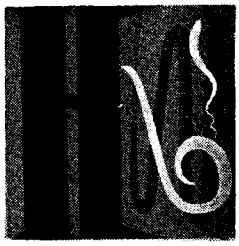
gută, boală cronică, legată de o dereglare în metabolismul proteinelor și manifestată prin depuneri de acid uric cu crize dureroase ale încheieturilor. Sub acest termen, antichitatea cuprindea toate manifestările reumatice, iar pînă în secolul al XVII-lea prin gută se înțelegea o tulburare a umorilor (diateză) care se traduce cu dureri articulare (podagră). Tot podagră au denumit cronicarii suferințele de picioare ale lui Ștefan cel Mare, iar Al. Odobescu în „Falsul tratat de vînătoare" are un capitol intitulat „Ce crede Nimrod despre podagra mea".

Guta se datorește depunerii de urați (săruri ale acidului uric) în țesuturile osoase și în cele moi (tendoane, cartilaje, teci musculare) din jurul încheieturilor. Ea apare pe un teren adesea moștenit, care este etichetat cu o denumire folosită din ce în ce mai puțin în medicină, de *artritism*. Acest teren presupune încetinirea procesului de transformare pînă la capăt a acidului uric din sînge și a eliminării lui, fie din cauza ficatului, fie din cauza rinichilor. Boala are în general un mers lent, întretăiat de accese dureroase articulare. Debutul are loc de obicei noaptea, cu dureri violente la nivelul unei articulații (gleznă, genunchi, coloană cervicală, cel mai frecvent la degetul mare de la picioare), care devine sediul unei inflamații, cu tumefiere, roșeață, piele întinsă și lucitoare. Simpla atingere a tegumentelor la acest nivel provoacă dureri violente. Durerea chinuie pe gutos toată noaptea și de obicei cedează spre dimineață. În preajma accesului de gută, acidul uric din sînge este crescut și scade în timpul crizei, cînd se elimină prin urină. *Tratamentul profilactic* recomandă evitarea sedentarismului și regim bogat în fructe, legume (fără fasole și mazăre uscată, linte) și produse lactate.

guturai, boală acută, infecțioasă, contagioasă a căilor respiratorii, caracterizată prin coriză (rinoree) și simptome generale ușoare: subfebrilitate, indispoziție generală de cîteva zile. Agentul patogen îl constituie un grup de virusuri filtrabile care se găsește în secreția nazală și straturile superficiale ale mucoasei nazo-faringiene. Calea de transmitere este aero-

genă. Poarta de intrare este mucoasa nazofaringiană. Incubația durează 12—24 de ore. Invazia este lentă, cu senzație de rău, fiori, ușoară ridicare a temperaturii, senzație de uscăciune a mucoasei nazale, nas înfundat, strănuturi. *Perioada de stare*: rinoree abundentă, care se transformă în exsudat purulent; curbatură, febricule, cefalee, indispoziție. Bolnavul duce de obicei boala pe picioare. Se poate complica: rinită purulentă, sinuzită, otită, laringită, bronșită. O serie de otite și bronhopneumonii ale copilului se succed de obicei guturaiului. *Tratament*: repaus la pat, restrîngerea activității (evitarea oboselii), instilație în nas de 3—5 ori pe zi cu soluție de efedrină 0,5% sau medicamente tip rinofug. Se mai administrează aspirină, codeină (în caz de tuse), antinevralgice. Nu există metode de imunizare specifică. Bolnavii cu guturai vor evita pe cît posibil contactul cu celelalte persoane, mai ales cu copiii mici, bătrînii și convalescenții după alte boli.





Hahnemann Samuel (1755—1843), medic german, fondatorul homeopatiei, sistem terapeutic bazat pe administrarea, în doze infime, a unor medicamente care produc la omul sănătos reacţii identice cu simptomele bolii ce trebuie tratată. În tinereţea sa, Hahnemann a trăit cîţiva ani la Sibiu, ca bibliotecar al baronului Samuel Bruckenthal.

halucinaţie, tulburare psihică care constă în perceperea falsă a unor senzaţii în lipsa unui excitant exterior real şi adecvat, însoţită de convingerea bolnavului că aceste percepţii sînt reale. De exemplu, bolnavul „aude" voci care îi vorbesc, îi dau ordine (halucinaţii auditive), „vede" animale sau oameni care se reped asupra sa (halucinaţii vizuale), „simte" insecte care-i umblă sub piele (halucinaţii senzitive). Avînd convingerea existenţei reale a acestor halucinaţii, bolnavul reacţionează în faţa lor ca şi cînd ar fi adevărate. Discută cu cei ce „îi vorbesc" (cu persoane imaginare), se fereşte ca şi cînd ar fi atacat de cineva (halucinaţii vizuale). Halucinaţiile constituie un simptom important al multor boli psihice şi numai medicul psihiatru poate stabili cărei boli i se datoresc şi tratamentul potrivit.

William Harvey.

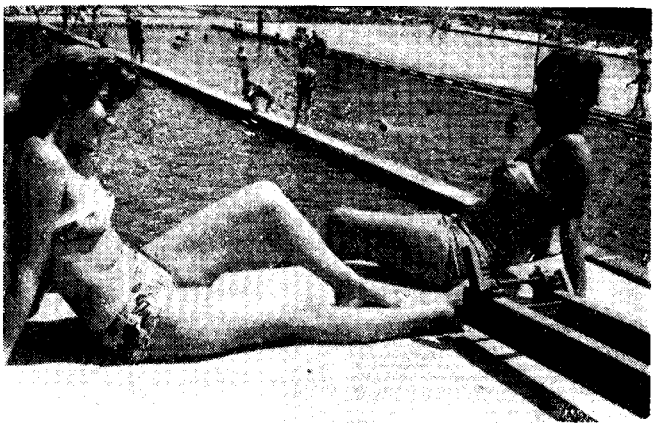
Harvey William (1578—1657), anatomist, fiziolog şi chirurg englez. Prin lucrarea sa „Cercetare anatomică despre mişcarea inimii şi a sîngelui la animale" (1628) a pus bazele fiziologiei moderne. Aici, el demonstrează că sîngele efectuează un permanent circuit de-a lungul arterelor şi venelor, aceste două feluri de vase comunicînd între ele. Concepţia aceasta în sprijinul căreia Harvey a adus argumente experimentale şi calcule matematice, desfiinţa vechile teorii conform cărora arterele ar fi umplute cu aer, iar venele cu sînge. O altă lucrare epocală a marelui savant a fost „Despre înmulţirea animalelor" (1651), operă care pune bazele ştiinţei embriologiei. Afirmaţia lui Harvey „Ex ovo omnia" („Totul provine din ou") a călăuzit cercetările ulterioare asupra dezvoltării organismelor animale.

Haţieganu Iuliu (1885—1959), medic romîn, profesor la Institutul de medicină şi farmacie din Cluj, membru al Academiei R.P.R. A fost cel dintîi decan, după 1919, al Facultăţii de medicină din Cluj. Talentat clinician, eminent diagnostician, admirabil pedagog, a creat o valoroasă şcoală de medicină internă. A iniţiat şi condus elaborarea unui impozant „Tratat de semeiologie şi patologie medicală". A efectuat cercetări în legătură cu afecţiunile tubului digestiv şi ale anexelor acestuia, precum şi în legătură cu sifilisul visceral.

hebefrenie, boală psihică gravă care este o formă de manifestare a schizofreniei la vîrste tinere (18—20 de ani), de unde îi vine şi numele (Hèbé, zeiţa tinereţii la vechii Greci). De obicei, încă înainte de apariţia bolii, tinerii în cauză au un comportament ciudat: le place

să fie mai mult singuri, ocolesc anturajul, încep să construiască în imaginație idei mistice în care ei își iau un rol important (vezi schizofrenie).

helioterapie, utilizarea, în scop terapeutic și profilactic, a energiei radiante a soarelui sub formă de băi de soare, în timpul cărora corpul descoperit este supus acțiunii directe a razelor acestuia. Energia radiantă a soarelui este necesară pentru evoluția normală a proceselor vitale din organism. Particularitatea caracteristică a luminii solare este lărgimea spectrului său. El conține raze vizibile și invizibile ca infraroșiile și ultravioletele. Razele vizibile și infraroșii cuprind circa 98% din spectru, iar razele ultraviolete - circa 2%. Razele solare, trecînd prin atmosferă, sînt parțial absorbite, dispersate și reflectate de aerul și particulele de praf, gaze, fum și apă conținute. În munți, la înălțime mare, stratul de aer prin care trec razele, este mai mic, iar aerul însuși este mai curat, prin urmare, intensitatea radiației solare este acolo mult mai mare; în medie se socotește că aceasta crește cu 10% de fiecare km altitudine. În regiunile sudice, la altitudini mari în munți, băile de soare se pot folosi chiar și în timpul iernii, deoarece pe lîngă radiația solară directă, acolo se produce o reflectare intensă a razelor ultraviolete de către stratul de zăpadă. De aceea chiar și la umbră, unde nu pătrund razele solare directe, există totdeauna radiație difuză și reflectată. Băile de soare, fiind un mijloc puternic pentru călirea și fortificarea organismului, reprezintă o procedură energică și activă, care trebuie urmată numai după pregătirea în prealabil a organismului, mărind treptat doza de iradiere. Persoanele slăbite după boală, precum și bolnavii, vor face băi de soare numai după o cură preliminară de băi de aer și — obligatoriu — sub observația medicului. La copii și la persoanele slăbite, băile de soare se încep cu iradierea unei părți a corpului, mărind treptat suprafața iradiată. Oamenii sănătoși pot să înceapă băile de soare cu iradierea întregei suprafețe a corpului, în care caz ele se dozează în general după timp, începînd cu 6 minute; jumătate din acest timp persoana expusă radiației solare stă culcată pe spate, iar cealaltă jumătate — pe burtă. Durata expunerii se mărește în fiecare zi sau tot a doua zi cu 6 minute, ajungînd pînă la o oră. Persoanele, care suportă greu băile de soare, urmează o helioterapie atenuată; în acest caz se folosesc acoperișe cu grilă, iar doza zilnică de iradiație se recomandă să se ia în 2 sau 3 reprize. Este bine ca băile de soare să se înceapă la 60-90 de minute după micul dejun. Efectuarea lor pe nemîncate sau îndată după masă este interzisă. Înaintea băilor de soare este necesar ca persoana respectivă să se odihnească timp de 10—15 minute la umbră și să observe dacă pielea este uscată, deoarece dacă pielea este umedă se produc mai



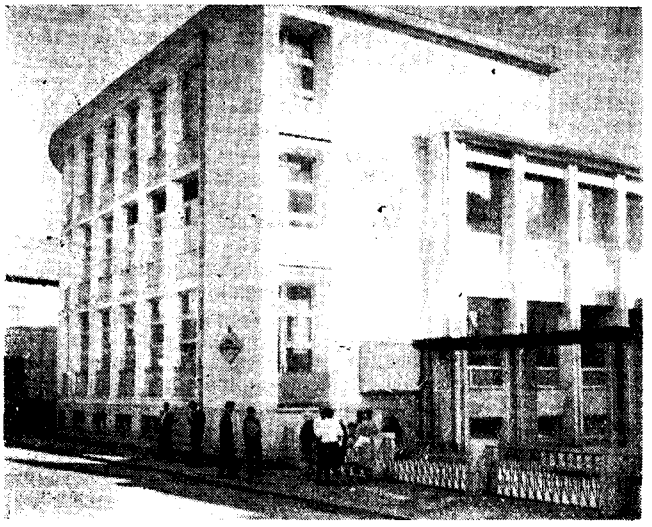
Băi de soare

ușor arsuri. Băile de soare se recomandă pentru fortificarea organismului, pentru mărirea rezistenței sale la diferite boli, pentru călirea organismului. Băile de soare se indică de asemenea pentru tratamentul bolnavilor care suferă de tuberculoza cutanată, ganglionară, intestinală și osoasă, pentru tratamentul anemiei, al complicațiilor cauzate de diferite leziuni traumatice, pentru tratamentul plăgilor atone (care se cicatrizează greu), după diferite afecțiuni grave. Ele nu sînt indicate în formele active de tuberculoză pulmonară, scleroza pronunțată a vaselor, afecțiuni ale miocardului, boala hipertonică (hipertensiune), hiperexcitabilitate nervoasă, boala Basedow (hipertiroidism), predispoziție pentru hemoragii și într-o serie de alte stări patologice. Dacă persoana care vrea să facă băi de soare suferă de o boală oarecare trebuie să consulte mai înainte un medic.

Helmholtz Hermann (1821—1894), medic, fiziolog și fizician german. A abordat cu excepțională competență atît problemele de biologie și fiziologie, cît și cele de fizică matematică. Este autorul unor lucrări fundamentale privind conservarea și transformarea energiei, termodinamica, acustica și optica. A măsurat viteza transmiterii excitațiilor în nervi, perioada latentă a reflexelor, cantitatea de căldură produsă în cursul contracției musculare etc. Dînd o expresie matematică multor fenomene fizice și fiziologice, a permis studierea lor cu adevărat științifică. În lucrările sale teoretice se îndepărtează însă de materialism, căzînd în speculații subiectiviste.

hemangiom, tumoare benignă, uneori congenitală, a vaselor sanguine. Hemangiomul simplu este format din capilare dilatate și

neoformate, cu perete hipertrofiat. Uneori are aspectul unei tumori, alteori se prezintă ca o pată de culoare roşie vînătă, cu margini neregulate, situată mai frecvent pe pielea feţei şi a gîtului. Hemangiomul cavernos este format din cavităţi largi, pline de sînge; se prezintă



Centrul nou de hematologie din Cluj.

ca o tumoare de culoare albastră sau roşiatică de consistenţă moale, elastică, volumul variind în efort şi repaus. Hemangiomul cirsoid este format din vase în care predomină arterele dilatate, alungite şi hipertrofiate, care se împletesc în reţea. Se prezintă ca o tumoare pulsatilă, acoperită de piele subţiată, de culoare albăstruie. Beneficiază de tratamentul chirurgical, unele de roentgenterapie.

hematemeză, pierdere de sînge pe gură, însoţită de vărsături. Sîngele vărsat este uneori roşu, cu cheaguri şi uneori amestecat cu resturi alimentare. Dacă pierderea de sînge este mică, însă mai îndelungată, sîngele stagnează un timp în stomac, este parţial digerat, aşa încît bolnavul varsă un lichid negru cu aspect de zaţ de cafea. Hematemeza este însoţită sau urmată de *melenă* adică scaune negre „ca păcura", care sînt rezultate din sîngele trecut din stomac în intestin, unde este în parte digerat. De obicei, la hematemeză se asociază semnele generale ale unei hemoragii: paloare, palpitaţii, ameţeli, transpiraţii reci. Dacă pierderea de sînge este mai importantă, poate apărea lipotimie sau şoc. Hematemeza este provocată de: ulcer de stomac sau duodenal, ciroză hepatică, tumori gastrice, unele boli de sînge (hemofilie, purpură). *Tratamentul*, pînă la venirea de urgenţă a medicului, reclamă repaus absolut la pat, fără să bea absolut nimic, permiţîndu-se doar udarea buzelor.

hematologie, studiul sîngelui. Cercetările asupra sîngelui au început o dată cu descoperirea microscopului. Loevenhook (1774) pune în evidenţă globulul roşu la om, iar chirurgul englez Hawson descoperă mai tîrziu leucocitele. Un progres tehnic l-a constituit găsirea unei metode de coloraţie a frotiurilor (strat subţire de sînge întins pe lamă) şi a camerei de numărat elementele figurate din sînge. Microscopul electronic, chimia modernă şi utilizarea izotopilor radioactivi au împins adînc cunoştinţele asupra morfologiei elementelor figurate şi organelor hematopoietice (*hematologie morfologică*) asupra proprietăţilor plasmei sanguine (*hematologie serologică*) şi asupra bolilor de sînge (*hematologie clinică*).

hematom, tumoare de origine traumatică, datorită ruperii unui vas. Mai poate fi spontan sau patologic (în hemofilie, fragilitate capilară, în cursul unui tratament cu anticoagulante). După mărimea lui se resoarbe în cîteva zile sau săptămîni. Această resorbţie poate determina o stare febrilă. Se poate infecta, determinînd un abces sau flegmon. *Tratament*: pansament compresiv, prişniţ rece, pungă cu gheaţă.

hematopoieză, producerea globulelor sîngelui. Numărul de globule roşii şi albe din sînge se menţine în limite normale datorită existenţei unui echilibru între producerea acestor globule şi distrugerea lor. Hematopoieza se desfăşoară în mod diferit la făt, la copilul mic şi la omul adult. La făt, eritrocitele şi leucocitele sînt produse de ficat şi splină, pînă la naştere. La copilul mic, ficatul şi splina încetează să mai producă globule sanguine, hematopoieza avînd loc în măduva roşie a tuturor oaselor. La omul adult sănătos, hematopoieza are loc doar în stern, coaste, vertebre, pentru că numai aceste oase mai conţin măduvă roşie. Măduva oaselor lungi încărcîndu-se cu grăsime devine măduvă galbenă fără activitate hematopoietică. Numai în anumite boli, ficatul şi splina îşi pot relua după naşterea fătului activitatea lor hematopoietică. Eritrocitele, majoritatea leucocitelor şi trombocitele sînt produse de organele hematopoietice amintite. O parte din leucocite, şi anume limfocitele, iau naştere în ganglionii limfatici. Distrugerea eritrocitelor se face în special de *splină*. Celelalte elemente figurate (celule) sanguine sînt distruse de sistemul reticuloendotelial. Un eritrocit este distrus după 3—4 luni de existenţă în sînge. Leucocitele sînt distruse după un timp mai

scurt, 1—2 săptămîni. Organismul are posibilitatea de a controla hematopoieza, în sensul adaptării ei la nevoile existente în diferitele împrejurări. Astfel, lipsa de oxigen din sînge, sistemul nervos vegetativ, unii hormoni, cum este cel al glandei tiroide şi transfuziile mici de sînge, stimulează hematopoieza. Dimpotrivă, splina prin anumiţi hormoni, precum şi unele substanţe toxice, cum este iperita, inhibează, adică diminuează formarea elementelor figurate.

hematurie, urină amestecată cu sînge. Reprezintă manifestarea clinică a tumorilor aparatului urinar (tumori renale, tumori vezicale), a tumorilor de prostată, a litiazei urinare, a bolii polichistice renale, a unor nefrite, precum şi a unor traumatisme. Orice hematurie necesită o explorare amănunţită a aparatului urinar; pentru precizarea cauzei ei nu trebuie făcut nici un tratament din proprie iniţiativă, acesta putînd stînjeni stabilirea originii şi cauzei sîngerării. Este bine ca bolnavul să se prezinte medicului chiar din momentul în care a observat hematuria şi nu după dispariţia ei.

hemeralopie, scăderea accentuată a vederii la lumina de seară şi la întuneric. În cursul zilei vederea este normală. Hemeralopia poate fi datorită unei lipse de vitamine (avitaminoză A) sau unor boli ale retinei (retinita pigmentară).

hemipareză, hemiplegie — vezi paralizie.

hemocultură, metodă de laborator folosită pentru a pune în evidenţă prezenţa în sîngele bolnavului a unor anumiţi microbi şi a-i identifica prin creşterea şi multiplicarea lor pe anumite medii de cultură. Mediile însămînţate sînt păstrate în termostat la 37° în laboratoare de bacteriologie şi cercetate zilnic pentru a se observa eventuala creştere a microbilor. În mod normal, sîngele nu conţine microbi, iar culturile făcute rămîn sterile. În anumite boli infecţioase, însă, microbul respectiv se găseşte în sîngele bolnavului şi el creşte pe mediile pe care s-a făcut hemocultura. Hemocultura este utilizată în febra tifoidă, febrele paratifoide, septicemii diferite (cu stafilococ, pneumococ, streptococ, cărbune), în endocardita lentă, bruceloză. Sîngele pentru hemocultură se recoltează din venă cu toate precauţiile de sterilitate pentru a nu infecta mediul de cultură cu microbi din aer sau de pe piele. Hemocultura are şanse multe de a fi pozitivă dacă este recoltată mai ales la începutul şi în perioada de stare a bolii, atunci cînd bolnavul este febril şi mai ales înainte de a fi început un tratament cu antibiotice.

hemofilie, dispoziţie ereditară la hemoragii grave interne sau externe. Această afecţiune se transmite prin femei şi se manifestă numai la bărbaţi. Este caracterizată prin întîrziere sau lipsă totală a coagulabilităţii sîngelui. Capacitatea de muncă a hemofilicilor este redusă, deoarece oboseala şi traumatismele minime pot provoca hemoragii. Nu vor face nici o intervenţie chirurgicală, nici chiar o extracţie dentară fără o prealabilă pregătire. Se tratează cu transfuzii cu sînge proaspăt.

hemogramă (hemoleucogramă), analiză de laborator care stabileşte numărul de globule roşii, cantitatea de hemoglobină din ele, numărul şi proporţia diferitelor tipuri de globule albe din sînge. Se practică la toţi bolnavii internaţi, iar la cererea medicului de circumscripţie, la bolnavii ambulatori, cînd se bănuieşte prezenţa unei boli de sînge (anemie, leucemie). De asemenea, leucograma are importanţă şi pentru răsunetul pe care unele boli îl au la nivelul sîngelui (infecţii, boli contagioase). Hemoleucograma se practică dimineaţa pe nemîncate. Cu o pipetă specială se recoltează puţin sînge pentru determinarea hemoglobinei care se găseşte în interiorul eritrocitelor. Acestea sînt distruse cu ajutorul unor soluţii de acid clorhidric, iar hemoglobina eliberată astfel se diluează cu apă distilată pînă ajunge la o intensitate de culoarea unei sticle din hemoglobinometru. Tubul hemoglobinometrului în care se găseşte hemoglobina diluată este gradat, citirea făcîndu-se în procente sau în grame. Normal, hemoglobina se găseşte în cantitate de 16 g la 100 ml sînge, ceea ce corespunde unei încărcări a eritrocitelor de 100%. Ea variază însă în funcţie de vîrstă (fiind mai mare la nou-născut şi copiii mici), în funcţie de sex şi chiar de individ. Cu a doua pipetă se recoltează sînge pentru numărătoarea de globule roşii. Acesta este diluat cu o soluţie care nu distruge eritrocitele. Numărătoarea se face la microscop, determinîndu-se numărul de eritrocite pe ml sînge. La adult, acestea sînt de 4 500 000 — 5 000 000 pentru bărbaţi, 3 500 000 pînă la 4 000 000—5 000 000 pentru femeie şi mai mult la copii (5 000 000—6 000 000 la nou-născut, scăzînd apoi cu vîrsta). *Valoarea globulară* (indice de culoare) reprezintă gradul de încărcare a unui eritrocit cu hemoglobină (principalul transportor de oxigen din sînge. Se calculează împărţind cifra de hemoglobină găsită la hemoglobinometru (de exemplu: 91%) la dublul primelor două cifre ale numărului de eritrocite pe mm^3 găsite prin numărătoare (de exemplu: 4 500 000); deci 91 : 90 = 1,001, practic luîndu-se 1. Cînd valoarea globulară este mult sub această cifră (de exemplu 0,50), eritrocitul are un conţinut scăzut de hemoglobină (anemie hipocromă). În situaţia inversă (de exemplu, valoarea globulară 1,4), eritrocitul este în mod anormal încărcat cu hemoglobină (de exemplu, după hemoragii mari). Cu a treia pipetă se recoltează sînge pentru numărătoare de leucocite (globule albe) în sînge. Se diluează apoi cu o soluţie care distruge eritrocitele, lăsînd întregi numai leucocitele. Ele se numără tot la microscop, cifra normală fiind 5 000—8 000 leucocite pe mm^3, cu o eroare de + sau — 200 de elemente. Şi aici există variaţii în funcţie de vîrstă, dar mai ales la femei, leucocitele cresc în mod fiziologic

în perioada menstruală, sarcină sau alăptare. În sfîrşit, cu ultima picătură se execută o întindere a sîngelui pe o lamă de sticlă, care după uscare, fixare şi colorare specială se examinează la microscop. Astfel se poate constata o modificare de culoare a eritrocitelor în plus sau în minus — hipercromie, hipocromie — modificări de volum (micro- sau macrocitoză), modificări de coloraţie (anizocromie) sau modificări de formă (anizocitoză), în formă de rachetă de tenis (poichilocite), ovale (ovalocite), ca o seceră (drepanocite) sau aspect de inel prin scăderea hemoglobinei (anulocite). Dar frotiul se examinează mai ales pentru cercetarea globulelor albe şi determinarea procentului diferitelor tipuri de leucocite (formula leucocitară). Ele sînt celule cu nucleu, cu funcţii deosebit de importante în apărarea organismului de infecţii. Formula leucocitară se execută numărînd 200 de elemente şi notînd în procente frecvenţa fiecărui tip întîlnit. O formulă leucocitară normală are aproximativ următoarea compoziţie: granulocite neutrofile nesegmentate = 3—5%; granulocite neutrofile segmentate = 65—67%; granulocite eozinofile = 3%; granulocite bazofile = 0,5 = 1%; limfocite = 23—28%; monocite = 4—6%. Aspectul lor diferit se pune în evidenţă prin colorare. Unele au granulaţii mici în protoplasmă de culoare roz, (granulaţii neutrofile), cu nucleul întreg (nesegmentate), sau cu nucleul fragmentat în 2—5 lobi (segmentată), altele au granulaţii mari, roşii strălucitoare, cu nucleul ca o desagă (eozinofile), iar altele au granulaţiile, colorate în violet intens, mari, răspîndite pe toată suprafaţa nucleului şi în citoplasmă (bazofile). Numărul neutrofilelor creşte (neutrofilie) în procesele infecţioase, inflamatorii acute şi în leucemii. Eozinofilele cresc în procesele alergice (astm pulmonar, parazitoză intestinală), fenomenul purtînd numele de eozinofilie. Bazofilele cresc (bazofilie), în leucemiile mieloide cronice, în unele ictere sau ciroze hepatice, în cancer. Alte celule nu au granulaţii în citoplasmă (agranulocite). Astfel sînt limfocitele (celule mici, cu nucleul rotund şi citoplasmă puţină, colorată în albastru) şi monocitele (celule mari, cu nucleul reniform, cu citoplasmă fumurie). Aceste două feluri de celule cresc în procesele inflamatorii sau infecţioase cronice, ca în bolile parazitare, tuberculoză, în bolile infectocontagioase, ca rujeolă, tuse convulsivă, scarlatină, febră tifoidă, tifos exantematic sau în leucemii.

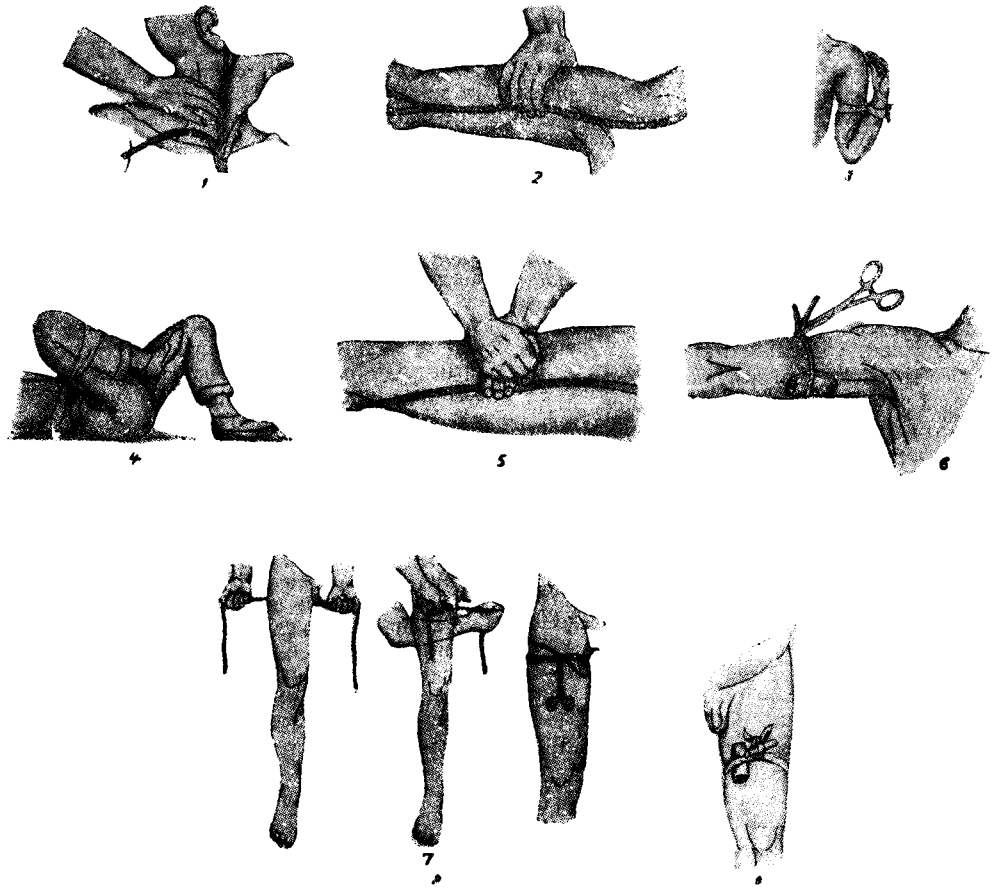
hemoliză, distrugere timpurie a globulelor roşii. Cînd această distrugere este excesivă (hiperhemoliză) apar: anemie, icter, şi hemoglobinurie. Există două posibilităţi ca globulul roşu să se distrugă înainte de vreme: a) fie că este vorba de un globul roşu cu anumite defecte (în general ereditare) care-l fac mai fragil (anemie hemolitică congenitală); b) fie că este vorba de un globul roşu care este atacat şi distrus de o serie de factori: anticorpi, otrăvuri (chimice, ciuperci, venin de şerpi), toxine microbiene, parazitul malariei. Cînd hemoliza este acută şi masivă apare hemoglobină în urină (*hemoglobinurie*).

hemoragie, (sîngerare), scurgerea sîngelui în afara sistemului vascular, avînd ca rezultat scăderea masei sanguine, atît cantitativ cît şi calitativ. După felul vasului, hemoragia poate fi arterială, venoasă, capilară şi mixtă. După locul unde s-a produs revărsarea sîngelui, poate fi: hemoragie externă, cînd sîngele se scurge în afara organismului, şi hemoragie internă, cînd sîngele se scurge într-o cavitate seroasă (peritoneu, pleură, pericard). Cînd se produce într-un organ cavitar (stomac, intestin) şi se exteriorizează după un anumit timp, cu anumite modificări (melenă, hematemeză, hemoptizie) se numeşte hemoragie exteriorizată. Cînd sîngele se acumulează în ţesuturi sau sub piele (hematom), hemoragia se numeşte intratisulară. După cantitatea sîngelui pierdut poate fi: hemoragie mică, 40—500 g; mijlocie, 500—1 500 g; mare, 1 500—2 000 g şi mortală. După momentul producerii poate fi: primitivă, care se produce concomitent cu traumatismul, şi secundară, care apare după un timp variabil, timp în care se produce ulcerarea peretelui vascular sau liza cheagului de hemostază, printr-un proces infecţios. După cauză, hemoragiile pot fi: traumatice, accidentale sau chirurgicale şi medicale, datorită, de asemenea lezării peretelui vascular, dar pe un teren modificat de anumite boli (diabet, infecţii, avitaminoze). Tulburările consecutive unei hemoragii sînt datorite pierderii în hematii care transportă oxigenul în ţesuturi; din aceasta rezultă anoxia tisulară şi scăderea masei sanguine circulante, precum şi tulburări grave de hemodinamică. Aceşti trei factori determină tulburări ale întregului organism, dar mai ales la nivelul organelor care au nevoie de mai mult oxigen şi care se resimt datorită acestei hipoxemii (sistemul nervos, inima, ficatul, rinichii). În aprecierea gravităţii unei hemoragii, viteza pierderii sanguine are mare importanţă: o hemoragie rapidă poate fi mortală chiar în cantităţi mici. Gravitatea hemoragiei mai depinde şi de originea ei, hemoragiile arteriale fiind mai grave. Simptomele hemoragiei sînt variabile: într-o hemoragie arterială, sîngele scurs are culoarea roşu-deschis şi ţîşneşte ritmic, cu presiune: hemoragia venoasă are sîngele de culoare roşu-închis şi se scurge continuu, fără presiune. În hemoragiile interne, simptomele sînt în legătură cu locul de acumulare a sîngelui (pleură, peritoneu, pericard, articulaţie). *Tratamentul* hemoragiei cuprinde trei etape: hemostaza, compensarea hemoragiei şi ajutorarea organismului în faza de reparare a pierderilor suferite. Oprirea unei hemoragii se numeşte hemostază; ea poate fi spontană sau terapeutică medicală sau chirurgicală (vezi hemostaza). Compensarea hemoragiei trebuie efectuată imediat după hemostază sau conco-

mitent cu ea și reprezintă totalitatea măsurilor medicochirurgicale care au ca scop restabilirea funcției circulatorii prin reechilibrarea hemodinamicii, restabilirea respirației și nutriției țesuturilor și refacerea masei eritrocitare. Transfuzia de sînge este mijlocul cel mai bun pentru aceasta și corespunde tuturor cerințelor; se adaugă uneori oxigenoterapie. Ajutorarea organismului în faza de reparare constă în aplicarea unui tratament antianemic energic (alimentație bogată în fier și vitamine, transfuzii mici și repetate, extracte de ficat). În general, perioada de reparare este lungă. *Hemoragie cerebrală*, accident vascular cerebral. Survine la hipertensivi, ateroscleroși sau purtători de afecțiune cardiacă. Hemoragia cerebrală se caracterizează de obicei printr-un început brutal. Hemoragia cerebrală este anunțată uneori de anumite semne, care atunci cînd apar la un hipertensiv, trebuie să ne facă atenți și să luăm măsuri de prevenire a ei. Aceste semne prevestitoare sînt: durere de cap violentă, creșterea rapidă a tensiunii arteriale (cu minima peste 13) care nu cedează la repaus, leziuni de fund de ochi. Dacă după cîteva zile, bolnavul trece perioada critică și iese din comă, rămîne cu paralizii, și dacă focarul hemoragie a cuprins emisfera cerebrală stîngă, atunci va prezenta și tulburări în vorbire. În faza semnelor prevestitoare ale unui accident vascular cerebral, ca și în perioada de congestie cerebrală, se recomandă măsuri de scădere a masei sanguine prin clisme înalte cu sulfat de magneziu (50 g la 150 g apă călduță), papaverină în injecții, luminal, hipotensive. *Tratamentul* hemoragiei cerebrale se face numai în spital. *Hemoragii oculte*, sîngerări ale organelor interne care scapă ochiului liber (mai frecvent la stomac). Într-adevăr, micile sîngerări (50—60 g) nu schimbă culoarea scaunului și pentru descoperirea lor sînt necesare reacții chimice speciale (Adler) care se practică în laborator. Hemoragiile oculte sînt provocate de: tumori ale tubului digestiv, boală ulceroasă, ciroza ficatului, gastrită cronică, unele boli de sînge. Pentru cercetarea acestor hemoragii, bolnavul va fi pus în prealabil la un regim lactat timp de 3 zile. Totodată vor fi cercetate alte cauze de sîngerări care pot falsifica rezultatul (sîngerări din gingii, nas, hemoroizi).

hemoroizi, varicele venelor ano-rectale. Pot fi externi, cînd sînt situați în afara anusului, și interni, situați în canalul anal. Apar mai ales între 30 și 40 de ani. Cauze predispozante: sarcini, excese alimentare, sedentarism, constipație, lipsa de igienă locală. Hemoroizii pot fi asociați cu boli ale rectului (cancer, polipi, stenoze) sau ale organelor pelviene (uter, ovare, prostată), care determină stază în venele hemoroidale. De asemenea apar în cursul cirozelor hepatice. Factorii care determină apariția hemoroizilor: dilatația venoasă, datorită creșterii presiunii venoase în sarcină, în tumori abdominale, ciroză hepatică și datorită alterării pereților venelor din cauza infecției locale (diaree, constipație), cu iritări mecanice ale mucoasei. Clinic, hemoroizii externi se manifestă prin senzații anormale la nivelul anusului (mîncărimi, greutate, dureri) și apariția în jurul orificiului anal a mici ridicături moi, de culoare violacee. Cînd se produce „criza hemoroidală", durerile sînt mari, apar senzații false de scaun, senzații pulsatile, hemoroizii devenind duri și foarte dureroși la palpare; uneori apare o stare febrilă. Uneori, hemoroidul se înmoaie, devine nedureros și atîrnă ca un franj mic. Hemoroizii interni au aceeași simptomatologie, la care se adaugă hemoragie, de abundență variabilă, de la cîteva picături, pînă la cantități de zeci de centimetri cubi. Dar nu abundența ci faptul că se repetă la fiecare scaun determină o anemie a bolnavului. Diagnosticul se pune prin tactul rectal, simțindu-se ridicăturile moi, care constituie hemoroizii, și mai ales la examenul cu anuscopul. De multe ori, iritația mucoasei ano-rectale este importantă și determină scurgeri muco-purulente. Uneori, hemoroizii interni devin mari și în timpul scaunului ies prin orificiul anal (hemoroizi procidenți). După scaun, se introduc înapoi în canalul anal; dar uneori fiind strangulați de sfincterul extern se măresc brusc și devin ireductibili; în această situație devin foarte dureroși. Prin complicațiile pe care le poate prezenta, hemoroizii reprezintă un pericol: hemoragii, flebite, strangulare, fisuri anale, abcese perianale, infecții la distanță (abcese hepatice). Orice bolnav care observă apariția hemoroizilor trebuie să se prezinte la consultațiile de boli chirurgicale pentru ca în urma examenului să se stabilească dacă hemoroizii sînt consecința cauzelor predispozante citate (sarcini, constipație, sedentarism) sau însoțesc unele boli, ca adenomul de prostată, tumori pelviene, tumori de rect, ciroză hepatică. În primul caz, tratamentul va consta în înlăturarea cauzelor: evitarea constipației prin utilizarea laxativelor și un regim alimentar din care se exclud acriturile, sărăturile, ardeiatul, piperatul, mușt arul, băuturile spirtoase, înlăturarea sedentarismului prin gimnastică, plimbări, menținerea unei curățenii locale prin spălarea cu apă și săpun și înlăturarea congestiei locale prin utilizarea unor pomezi adecvate (Hemorsan). Dacă hemoroizii sîngerează, sînt dureroși, determinînd frecvent „crize hemoroidale" se indică intervenție chirurgicală, care constă în extirparea lor. Cînd devin duri și foarte dureroși (tromboză sau hematom submucos prin ruptură de venă) se fac incizie și evacuarea cheagului; cînd apar fenomenele inflamatorii (temperatură ridicată, roșeață și durere locală) se pune pungă cu gheață și se iau antispastice (papaverină); cînd bolnavul prezintă mîncărimi mari se unge cu o alifie cu hidrocortizon. Cînd hemoroizii sînt secundari altor boli, se impune tratamentul bolii cauzale.

hemostază, oprirea unei hemoragii. Poate fi spontană sau terapeutică (medicală şi chirurgicală). Hemostaza spontană se produce prin coagularea sîngelui. Coagularea este un proces chimico-enzimatic complex care trece prin două faze: a) transformarea protrombinei din sînge în trombină; b) transformarea fibrinogenului în fibrină sub acţiunea trombinei. Activarea protrombinei în trombină se face sub influenţa ionilor de calciu şi a substanţelor tromboplastice de natură enzimatică (substanţe de conalb. Majoritatea anticoagulantelor, ca: hirudină, heparină, parafină, împiedică aglutinarea. Trombocitele secretă tromboplastină, care produce transformarea fibrinogenului în profibrină un stadiu intermediar spre fibrină. Fibrina formează o reţea în ochiurile căreia se aglutinează hematiile şi se constituie astfel cheagul roşu. Cheagul se lipeşte de peretele vascular prin trombocitele aglutinate la locul leziunii, iar fibrina care se formează îl face să adere şi îl leagă mai strîns, pe o suprafaţă mai



Hemostază: *1* — prin compresiunea arterei carotide; *2*, *3* — prin compresiunea arterei humerale; *4*, *5* — prin compresiunea arterei femurale; *6* — prin aplicarea garoului la braţ; *7*, *8* — prin aplicarea, garoului la coapsă

stituţie lipoprotidică cu origine plachetară, tisulară). În plăgi, ţesuturile distruse pun şi ele în libertate tromboplastine. Lipsa de tromboplastine duce la stări hemoragice grave, dintre care hemofilia este cea mai frecventă. După rănire, vasoconstricţia locală are ca rezultat o diminuare a hemoragiei. Trombocitele ieşite din lumenul vascular se aglutinează la nivelul leziunii, formînd un cheag mare. Mai tîrziu, cheagul se retractă, atrăgînd datorită aderenţei sale, peretele vascular; în acest fel, elasticitatea vasului şi aderenţa cheagului constituie factori importanţi de hemostază. Retractarea nu poate avea loc în lipsa trombocitelor. După 24—48 de ore, cheagul se dizolvă progresiv printr-un proces de fibrinoliză. În cazul hemoragiilor intracavitare şi intratisulare,

hemostaza se produce prin egalizarea presiunii sîngelui revărsat şi a celui din vasul lezat. O puncţie de evacuare a sîngelui poate face să reapară hemoragia. Hemostaza medicală se face cu ajutorul substanţelor vasoconstrictoare (adrenalină, efedrină, ergotină) al coagulantelor (apă oxigenată, alaun, perclorură de fier), care se aplică local şi prin opoterapie organică şi sanguină. Opoterapia hemostatică se sprijină pe întrebuinţarea substanţelor tromboplastice. Vitamina K este absolut necesară formării de protrombină şi se administrează intramuscular 5—30 mg. Vitamina C favorizează, de asemenea, trombogeneza (750 mg zilnic). Ionii de calciu contribuie la activarea protrombinei în trombină (calciu clorat 10%, 10 ml strict intravenos, sau calciu gluconic 10%, intravenos sau intramuscular). Extractele apoase de organe au rolul de a activa procesul de trombinogeneză, constituind o adăugare de tromboplastine. Se folosesc extracte de rinichi, plămîn, ficat (hemosistan, clauden). Se administrează 10 ml, de 3—4 ori pe zi. Pentru aplicarea locală se foloseşte trombină pură, sub formă de pastă, spumă sau burete, şi peliculă de fibrină. Aplicarea lor locală poate să oprească hemoragii importante, mai ales viscerale. Sîngele, plasma precum şi toţi derivaţii sîngelui, sub formă de transfuzii, constituie tratamentul cel mai eficace şi fiziologic al hemoragiei. Acţiunea se bazează pe restabilirea masei sanguine, stimularea reacţiilor de apărare a organismului, aportul de hormoni şi elemente necesare coagulării, ca: protrombină şi tromboplastine. Hemostaza spontană ajutată mai ales de mijloace medicale poate să oprească hemoragii mici şi mijlocii. Cînd această hemostază nu reuşeşte sau hemoragia se repetă, determinînd o anemiere progresivă a bolnavului, se indică hemostaza chirurgicală. Hemostaza chirurgicală poate fi provizorie şi definitivă. Hemostaza provizorie este intervenţia de urgenţă care are scopul de a opri hemoragia pentru un timp limitat. Este o metodă de necesitate şi trebuie transformată cît mai urgent într-o hemostază definitivă. Se realizează prin poziţia segmentului lezat şi prin compresiune locală sau la distanţă. Poziţia segmentului lezat: prin ridicarea în sus a unui membru putem opri o mică hemoragie venoasă. Îndoirea puternică a gambei pe coapsă sau a antebraţului pe braţ este hemostatică prin apăsarea celor două planuri. Putem mări efectul dacă în îndoitura genunchiului sau cotului introducem un sul de tifon şi dacă legăm puternic între ele cele două segmente. Compresiunea la distanţă se face prin intermediul părţilor moi, apăsînd pe arteră într-un punct unde este mai accesibilă, punct situat între inimă şi rana care sîngerează. Se poate realiza prin compresiune digitală sau prin compresiune circulară. Hemostaza provizorie prin compresiune locală se face prin strivire (cu o pensă hemostatică se striveşte vasul care sîngerează), prin tamponare (se îndeasă o meşă de tifon în adîncimea unei răni sîngerînde şi apoi se face un pansament strîns timp de 48 de ore), prin pansament compresiv (în rănile superficiale). Hemostaza definitivă (ligatura vasului, sutura vasului), este metoda ideală.

hepatită cronică, afecţiune hepatică caracterizată prin leziuni, mai ales inflamatoare, răspîndite difuz în masa acestui organ, de durată mai lungă şi care apare fie în continuarea unei hepatite epidemice, fie de la început sub formă cronică. Se consideră că intervalul necesar pentru a aprecia că hepatita epidemică a trecut în faza cronică este între 6 luni şi 1 an. Se mai pot instala hepatite cronice după malarie, tuberculoză, sifilis, afecţiuni în scădere sau pe cale de dispariţie la noi. Consumul îndelungat de alcool poate provoca dezvoltarea unei hepatite cronice. Semnele hepatitei cronice depind de intensitatea bolii; sînt forme aşa-zise *latente*, cu semne foarte reduse care se întind pe perioade lungi de timp şi relativ bine suportate. Alteori, boala poate prezenta semne discrete, dar care sînt întretăiate de perioade cu tulburări mai mari, în funcţie de abaterile de la regimul de viaţă şi de alimentaţie. Astenia care se accentuează la cel mai mic efort tulburările digestive (greţuri, balonări) şi durerile resimţite în dreptul ficatului sînt semnele mai des întîlnite la bolnavii de hepatită cronică. Formele severe se recunosc prin prezenţa icterului, a unor manifestări digestive supărătoare şi a semnelor nervoase (insomnie, agitaţie sau torpoare). Se adaugă manifestări hemoragice pe piele şi mucoase (pierderi de sînge din nas, gingii). Probele de laborator (vezi disproteinemie) sînt alterate. Puncţia ficatului, cu un ac special, este de un ajutor preţios, deoarece arată la microscop gradul de atingere a celulelor hepatice. Pentru a evita o hepatită cronică, bolnavul după hepatită epidemică nu trebuie să uite că boala lui nu s-a terminat o dată cu intrarea în convalescenţă şi să se grăbească, renunţînd la unele reguli de conduită şi de prescripţie medicală. Perioada de control şi observaţie după hepatita epidemică durează 6 luni şi în cazurile severe se prelungeşte la un an. Reîntors în mediul familial, convalescentul trebuie să dea dovadă de tărie pentru a nu se lăsa antrenat în ritmul activ al vieţii de acasă sau să participe la distracţii obositoare. Reluarea activităţii se face numai treptat. Fostul bolnav va evita orice surmenaj, încordări, emoţii, supărări, călătorii obositoare, va dormi suficient (cel puţin 8 ore pe noapte şi 1—2 ore după masă). Pe lîngă aceste reguli de viaţă, el va respecta şi un regim alimentar care cuprinde lactate fără smîntînă, cu unt în cantitate de 40—50 g pe zi, carne slabă, făinoase, pireuri şi budinci de zarzavat şi legume, morcovi, sfeclă roşie, fructe coapte, compoturi, untde-

lemn. Se pot servi sosuri dietetice, sosuri de roşii sau legume. Acest regim este valabil atît pentru hepatita cronică, cît şi pentru convalescentul după hepatită epidemică. Ca medicamente se recomandă în hepatita cronică: extras de ficat (Hepavit$_{12}$), vitamina B_1 vitamina B_6, complex B şi vitamina C, iar la indicaţia medicului şi sub controlul acestuia, cortizon (Supercortil).

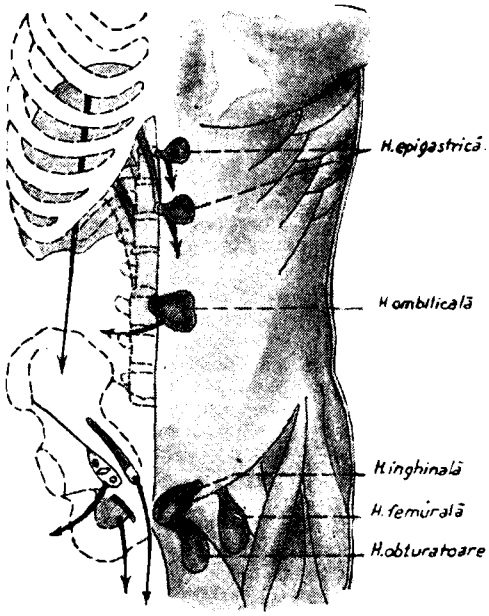
hepatită epidemică, boală acută infecţioasă şi contagioasă caracterizată prin icter, tulburări digestive, materii fecale decolorate, urini închise la culoare, oboseală, mărirea de volum a ficatului. Boala este produsă de virusul hepatitei epidemice (s-au descris două tipuri: virusul A şi B). Izvorul de infecţie este reprezentat de bolnavii de hepatită epidemică (atît în formă icterică, cît şi în formă anicterică) şi de purtătorii de virus (în materii fecale sau în sînge). Poarta de eliminare este digestivă: virusul se elimină prin materiile fecale. El se găseşte însă şi în sînge, de unde se poate elimina prin diferite manopere medicale (recoltare de sînge pentru analize sau pentru transfuzie). Calea de transmitere este indirectă: virusul este vehiculat de alimentele contaminate cu virus de apă. Ca şi la celelalte boli digestive, virusul hepatitei epidemice ajunge pe alimente prin manipularea lor de către bolnavi sau purtători de virus, prin closete neigienice din care se infiltrează apă în fîntîni şi conducte defecte. Un alt mod de transmitere a hepatitei epidemice foarte răspîndit azi, este prin injecţii (dacă acul şi seringa sînt contaminate de virus de la alt bolnav şi nu au fost sterilizate corect), prin transfuzii de sînge sau plasmă (dacă sîngele provine de la un bolnav sau purtător de virus de hepatită epidemică în sînge), prin diferite operaţii chirurgicale, recoltări de sînge (dacă instrumentele cu care se lucrează nu au fost sterilizate corect). Virusul B se transmite numai pe aceste căi. Virusul A se transmite şi pe cale digestivă. Incubaţia durează 2—4 săptămîni pentru hepatita cu virus A şi 2—6 luni pentru hepatita cu virus B. Evoluţia hepatitei epidemice se împarte în mai multe perioade. La început este perioada preicterică, care durează în medie 1—2 săptămîni. În acest timp, bolnavul este obosit, are adesea dureri în articulaţii (ca în reumatism), nu are poftă de mîncare, are greţuri şi vărsături. Apoi urmează perioada icterică, care durează în medie 2—3 săptămîni. La semnele de mai sus se adaugă icterul (gălbinarea): pielea şi mucoasele sînt colorate în galben, materiile fecale sînt decolorate (uneori chiar albe), iar urinile sînt închise la culoare (ca ceaiul). Adesea bolnavii au şi mîncărimi (prurit). Ficatul este mărit. Treptat, coloraţia galbenă scade, materiile fecale se recolorează, iar bolnavul intră în perioada de convalescenţă, în care gălbinarea a dispărut, pofta de mîncare este normală, starea generală bună; mai persistă adesea oboseala, mărirea ficatului; în afară de aceste forme obişnuite de boală, zise şi forme icterice sînt şi un număr mare de forme anicterice de boală în care icterul nu apare. Aceşti bolnavi însă, ca şi cei cu icter, elimină virusul şi transmit boala, cu atît mai mult, cu cît de obicei nu sînt diagnosticaţi şi nici izolaţi. În evoluţia bolii pot surveni complicaţii. Una din ele foarte gravă, este apariţia comei hepatice. De cele mai multe ori, hepatita epidemică se vindecă complet, uneori însă se transformă în hepatită cronică, care poate dura multă vreme ani şi ani de zile, sau poate duce la ciroză hepatică, boală gravă, care scurtează mult viaţa bolnavului. În afară de semnele clinice, diagnosticul se confirmă pe baza unor analize care se fac cu sîngele bolnavului şi care arată anumite modificări ale proteinelor sanguine în cursul bolii (reacţiile Timol, Takata Ara, Gross etc.) sau prezenţa în sînge în cantităţi crescute a unor enzime. *Tratamentul* hepatitei epidemice se bazează mai ales pe repaus la pat şi regim alimentar. În tot cursul bolii, repausul la pat este obligatoriu. În perioada de convalescenţă după ce icterul a dispărut, se pot permite plimbări scurte. După ieşirea din spital se recomandă bolnavului evitarea eforturilor fizice pentru aproximativ 2 luni. În acest timp, convalescentul nu va face eforturi fizice, nici intelectuale reluînd apoi treptat viaţa normală. Regimul alimentar este obligatoriu şi esenţial în tratamentul bolii. În prima perioadă a bolii, cînd pofta de mîncare este foarte scăzută şi bolnavul are greţuri şi vărsături, se dau mai ales alimente lichide (supe strecurate, limonadă, zeamă de compot, lapte, iaurt), apoi imediat ce apare pofta de mîncare, chiar în perioada icterică, se adaugă făinoase, dulciuri, compot, brînză de vaci, carne slabă proaspătă fiartă sau friptă. Sînt interzise atît în timpul bolii, cît şi cel puţin 6 luni după ieşirea din spital: sosuri, rîntaşuri, grăsimi, carne grasă, alimente prăjite în ulei, untură, condimente, mezeluri, afumături, conserve şi băuturi alcoolice sub orice formă. În timpul bolii se mai administrează bolnavului de obicei vitamine (C, B_1, B_{12} etc.), uneori soluţii de glucoză intravenos, iar în unele cazuri cortizon. Hepatita epidemică face parte din grupa A, este deci de declarare şi izolare obligatorii în spitalul de boli contagioase. Izolarea în spital este obligatorie 30 de zile de la începutul bolii. *Profilaxia* se mai face prin dezinfecţie la domiciliul bolnavului, prin combaterea muştelor, care pot vehicula agentul patogen pe alimente. Pentru profilaxia transmiterii pe cale parenterală se face sterilizarea corectă a seringilor şi instrumentelor medicale. De asemenea, bolnavii, foştii bolnavi sau contacţii lor (care pot avea forme anicterice) nu trebuie să doneze sînge pentru transfuzie.

Hepites Constantin (1802—1890), farmacist romîn, profesor la Şcoala naţională de medicină şi farmacie. A fost redactorul principal al primei Farmacopee romîne (1862). Multă vreme a condus municipalitatea Brăilei, manifestînd

un interes susținut pentru îmbunătățirile edilitare și înviorarea vieții culturale în acest oraș.

Herculane, stațiune balneară cunoscută încă din vremea romanilor care au descoperit izvoarele calde, dînd locului numele de *Ad aquas Herculi sacras ad Mediam*, adică „Băile Sfinte ale lui Hercule de lîngă Mehadia". Băile Herculane se află la o altitudine de 160 metri în valea rîului Cerna, la poalele masivului păduros Domugled, fiind adăpostite de vînturi. Acestea sînt rare și de intensitate mică și mijlocie, dar bat dinspre sud, așa încît aduc de obicei mase de aer călduț din zona Mării Adritice sau din bazinul Mării Mediterane. Climatul stațiunii este ușor stimulant, apropiindu-se de cel mediteranean, ceea ce se poate constata și din flora care crește în stațiune: smochini, castani, garofițe albe etc. Reputația stațiunii i-au stabilit-o însă izvoarele cu ape minerale, care — după caracterele fizico-chimice — pot fi împărțite în 3 categorii și anume: 1) izvoare sulfuroase, sărate, calde, cum sînt Horia, Crișan, Cloșca, Izvorul de ochi, cu o termalitate de 48—55°; 2) izvoare cu termalitate variabilă, sulfuroase, sărate (7 Noiembrie) sau bicarbonatate clorurate, calcice (Hercule), sau slab mineralizate, sărate calcice (Hygea, Dragalina); 3) izvoare conținînd emanații radioactive (șapte izvoare). Datorită atît termalității lor cît și compoziției lor chimice apele de Herculane au un puternic efect asupra circulației și a schimburilor nutritive. În cura internă se prescriu izvoarele Hygea și nr. 2 — stomac, care excită atît secreția gastrică, în cazurile în care ea este deficientă (în gastrite hipo- și anacide), cît și motilitatea intestinală — în constipații. În cura externă apele termale se aduc la temperatura necesară pentru băi printr-o răcire prealabilă. Ele se recomandă în bolile reumatismale și sechelele după traumatisme și operații pe aparatul locomotor. Apoi în bolile sistemului nervos periferic ca: nevrite (și în special cele toxice), boli de piele ca psoriazisul, eczema etc., boli de femei etc. Apele de herculane pot fi folosite și în inhalații sau aerosoli, în boli ale aparatului respirator. Nu se vor trimite în această situație bolnavi cu tuberculoză pulmonară în evoluție, insuficiențe cardiace și renale, boli cu caracter hemoragic etc. Băile Herculane sînt și un important centru turistic, excursii putîndu-se face spre dealurile Ciorici și Caronini, Munții Semenicului, Domugled, apoi spre Orșova, Turnu Severin, Ada-Kaleh, Lugoj etc.

hernie, ieșirea parțial sau totală a unui organ din cavitatea sau învelișul său normal (hernie cerebrală, pulmonară, musculară, intestinală), Obișnuit, cînd se întrebuințează cuvîntul hernie, fără alt calificativ, se înțelege ieșirea unui organ sau a unei părți dintr-un organ din cavitatea abdominală, proeminînd sub piele. „Herniile interne" nu au comun cu herniile decît numele și se manifestă în momentul cînd produc, ca de exemplu ocluzia intestinală (vezi ocluzie intestinală). Există hernii congenitale și hernii căpătate. Factorii locali care duc la apariția de hernii sînt presiunea intraabdominală crescută și rezistența scăzută a peretelui muscular; de aceea, toate cauzele care măresc presiunea



Locuri unde se produc mai frecvent hernii.

intraabdominală (tuse, constipație, eforturi, micțiuni dificile), ca și slăbirea musculaturii sau existența unor puncte slabe în alcătuirea peretelui abdominal, grăbesc apariția herniei. Complicația cea mai frecventă este strangularea organului herniat, acesta nemaiputînd fi introdus în cavitatea abdominală; dacă organul herniat este intestin se produce ocluzie intestinală. Dacă o astfel de hernie nu se operează de urgență se produce gangrena organului herniat. Cele mai frecvente hernii sînt herniile inghinale (90% din totalul herniilor), datorită zonelor de rezistență scăzută ale peretelui posterior al canalului inghinal (traiect prin care trece la bărbat cordonul spermatic, la femeie ligamentul rotund) aflat în jgheabul care separă baza coapsei de abdomen. Urmează în ordinea frecvenței: herniile femurale sau crurale, care se întîlnesc mai frecvent la femeie, (hernierea făcîndu-se prin inelul femural, situat sub arcada femurală), herniile ombilicale, herniile epigastrice, herniile lombare, herniile obturatoare herniile ischiatice, herniile perineale, herniile diafragmatice. Tratamentul este chirurgical și constă în refacerea peretelui abdominal. După operație, bolnavul nu trebuie să facă eforturi timp de 2—3 luni.

herpes, boală a pielii şi mucoaselor, produsă de un virus filtrant. Se caracterizează printr-o erupţie de mici băşicuţe cu lichid clar, care se rup cu uşurinţă, lăsînd eroziuni cu marginile în arcuri de cerc. În cîteva zile, eroziunile se vindecă şi dispar fără cicatrice. Cu 1–2 zile înainte de apariţia bolii şi pe toată durata sa, bolnavul simte uşoare senzaţii de arsură sau mîncărime. După vindecare, virusul rămîne mai departe în organism, putînd provoca recidive destul de neplăcute pentru bolnav, cu ocazia menstruaţiei la femeie (herpesul catamenial), după raporturi sexuale prelungite şi repetate (herpesul genital) după boli febrile sau indigestii (herpesul mucoasei bucale). Tratamentul accesului de herpes se face prin badijonări cu substanţe antiseptice şi pudraje cu pudră de talc, care-i grăbesc vindecarea.

hidramnios — vezi lichid amniotic.

hidrocefalie creşterea cantităţii de lichid cefalorahidian (LCR) în cutia craniană pe seama substanţei cerebrale ca, o consecinţă a dezechilibrului dintre producerea şi resorbţia acestui lichid. Lichidul în exces se poate acumula în sistemul ventricular al creierului (hidrocefalie internă) sau în spaţiul subarahnoidian (hidrocefalie externă), producînd, prin creşterea presiunii intracraniene, o subţiere a substanţei cerebrale, manifestată prin diferite tulburări nervoase. Dacă hidrocefalia apare înainte de închiderea suturilor, hipertensiunea LCR duce la creşterea volumului craniului (în special în regiunea frontală şi temporală), cu subţierea oaselor, bombarea fontanelelor, dispariţia pupilei şi irisului sub pleoapa inferioară (semnul „soarelui care apune"), tulburări neurologice (paralizii, întîrziere psihică, convulsii). Dacă hidrocefalia apare mai tîrziu (pînă la 1 an), se manifestă prin dureri de cap, papilă de stază, convulsii, atrofia nervului optic cu scăderea pînă la dispariţie a acuităţii vizuale; la această vîrstă se mai pot încă desface suturile craniene. Dacă se dezvoltă şi mai tîrziu, hidrocefalia rămîne ocultă, traducîndu-se doar prin semnele neurologice de hipertensiune intracraniană; confirmarea se face prin encefalografie gazoasă. Hidrocefalia poate fi congenitală sau cîştigată. Hidrocefalia congenitală apare de la naştere; ea se dezvoltă sub influenţa unor factori care au acţionat asupra fătului (traumatisme, boli infecţioase sau intoxicaţii ale gravidei, anomalii în dezvoltarea creierului). Hidrocefalia cîştigată apare în urma unor inflamaţii ale creierului şi meningelor (meningoencefalite) sau în urma hemoragiilor cerebrale (traumatism la naştere). În hidrocefalia congenitală, evoluţia bolii nu poate fi oprită de cele mai multe ori prin tratament medical, fiind nevoie să se facă un drenaj pe cale chirurgicală a LCR în exces: cu ajutorul unor tuburi de polietilen se face legătură între cavitatea craniană şi cavitatea peritoneală sau ureter, unde este derivat excesul de lichid. Mortalitatea operatorie este mare şi rezultatele postoperatorii nu sînt totdeauna bune. Hidrocefalia cîştigată se poate preveni parţial prin tratamentul corect al meningitelor (se urmăreşte împiedicarea formării de obstacole în calea circulaţiei LCR).

hidrocel, prezenţa de lichid în cavitatea vaginalei testiculului (seroasa care înveleşte această glandă). Poate fi datorit unei infecţii a testiculului sau epididimului, unei tumori testiculare sau unei cauze necunoscute. Beneficiază de tratament chirurgical.

Aspectul unui rinichi hidronefrotic.

hidronefroză, dilataţia calicelor şi a bazinetului, cu stază de urină şi presiune crescută care se transmite şi asupra parenchimului renal, determinînd în cazurile vechi scleroză renală şi distrugerea parenchimului renal. Cauza cea mai frecventă este un obstacol pe ureter (calcul). Mai poate fi datorită unei staze vezicale, unei compresiuni ureterale de origine tumorală sau vasculară (vas anormal), sau poate fi de origine congenitală. În caz de obstacol, acesta trebuie înlăturat şi dacă hidronefroza nu este prea veche, rinichiul îşi recapătă consecutiv forma şi funcţia normală.

hidrosadenită, inflamaţie stafilococică a glandelor sudoripare. Uneori supurează şi formează un abces care fistulizează, eliminîndu-se un puroi cremos. De obicei se infectează mai multe glande sudoripare şi deci apar abcese numeroase, care fistulizează treptat. Fistulele se vindecă greu şi între timp infectează şi alte glande. Se observă mai frecvent în regiunea axilară, unde apar condiţii favorabile de infecţie (transpiraţie, frecare), dacă această regiune nu este curat întreţinută. *Tratamentul curativ*: prişniţe cu soluţie Bourow, în perioada acută pungă cu gheaţă, antibiotice, roentgenterapie pînă la

depilarea regiunii, incizie cînd abcesul este bine colectat.

hidroterapie, aplicarea externă, metodică, a apei de diferite temperaturi, în scop profilactic şi curativ. Hidroterapia este una din cele mai vechi metode de tratament. În R.P.R. hidroterapia a luat în anii puterii populare un deosebit avînt; s-au organizat secţii de hidroterapie în cadrul unor policlinici, spitale şi sanatorii, s-au efectuat diverse cercetări ştiinţifice în acest sens. În hidroterapie se folosesc proceduri diferite (stropire, fricţiuni, duşuri etc.), în raport cu boala, şi cu locul de aplicare al tratamentului. Procedurile hidroterapice pot fi generale sau locale, acţiunea lor fiziologică realizîndu-se prin excitaţia pe care o produce apa asupra tegumentelor, şi prin intermediul acestora asupra întregului organism bolnav. Pielea are o reţea sanguină foarte abundentă şi întinsă. Într-o vasodilataţie periferică generală, reţeaua vasculară a pielii poate cuprinde pînă la o treime din sîngele total care circulă. Reacţiile provocate de acţiunea generală a procedurilor hidrice sînt mai evidente la nivelul organului sau a ţesutului bolnav. Procedurile hidrice acţionează prin excitaţii termice, mecanice şi chimice, cele mai importante fiind cele termice. Aceste excitaţii sînt provocate numai de procedurile în care apa are o temperatură mai mare sau mai mică decît temperatura obişnuită a corpului (care este în axilă de 36—36°,5). Din acest motiv procedurile hidrice se împart în: reci (cu temperatura pînă la 20°), răcoroase (cu temperatura între 25 şi 32°), indiferente (34—36°), călduţe (37—38°), calde (38—39°) şi fierbinţi (de la 40° în sus). În băile reci şi relativ reci, sub influenţa excitaţiei pielii se produce mai întîi un spasm al vaselor sanguine periferice, care este urmat de scăderea pierderii de căldură şi deci de acumularea de căldură în corp. Răcirea pielii produce o acţiune excitantă asupra sistemului nervos. Dacă baia rece se prelungeşte, începe faza a 2-a a reacţiilor: dilatarea vaselor sanguine periferice, care produce hipotonia muşchilor pereţilor vasculari, însoţită de creşterea vitezei de circulaţie a sîngelui; aceste fenomene sînt însoţite de pierderea căldurii corporale apoi de creşterea metabolismului şi producerea de căldură. Dilatarea vaselor periferice provoacă o oarecare scădere a tensiunii arteriale, şi o rărire a pulsului. Cu cît excitaţia rece este mai bruscă şi organismul mai sensibil, cu atît faza a 2-a a reacţiei este mai evidentă. Dacă excitantului rece, i se adaugă şi un excitant mecanic — fricţionarea bolnavului — atunci prima fază a reacţiei va fi de scurtă durată, iar faza a 2-a, va fi mai evidentă clinic. Dacă excitantul rece continuă să acţioneze, apare faza a 3-a a reacţiei: tonusul vascular dispare, circulaţia se încetineşte, pielea devine roşie-palidă cu nuanţă violacee şi rece; senzaţia de căldură plăcută se schimbă în senzaţie de frig (frison secundar), starea de bine se transformă în indispoziţie, iritabilitate. Aceste semne indică dozarea incorectă a procedurilor, care nu corespund puterii de reacţie a organismului. Acesta este mecanismul de acţiune, pe care se bazează hidroterapia, pentru a obţine călirea organismului. Băile generale calde (temperatura de circa 38°) încălzesc treptat corpul, au acţiune sedativă asupra sistemului nervos şi contribuie la îmbunătăţirea somnului bolnavului. Băile generale fierbinţi exercită o influenţă negativă asupra sistemului nervos, sistemului cardiovascular şi sînt recomandate numai în cazuri speciale. Excitaţiile mecanice produse de procedeele hidrice sînt legate de presiunea hidrostatică din vane şi de mişcarea apei (duşuri, băi în rîu, mare). Acţiunea excitaţiilor chimice este minimă în băile cu apa obişnuită; ea este mai evidentă în băile medicamentoase cînd, în interes curativ, se adaugă în apă bule de gaze, sare, sulf, iod, sau alte substanţe care excită pielea, cum sînt: muştarul, diferitele extracte etc. Hidroterapia este folosită pe scară largă şi în scopuri profilactice, pentru călirea organismului precum şi în tratamentul unor boli acute şi cronice. Astfel, băile reci se recomandă în tulburările funcţionale nervoase şi cele ale sistemului cardiovascular, cu scopul de a face să crească metabolismul (de exemplu în obezitate) şi a mări rezistenţa organismului faţă de diverse acţiuni externe; băile calde — în diferite boli inflamatoare cronice; băile cu temperatura indiferentă — în hiperexcitabilitatea sistemului nervos şi în unele boli cardiovasculare. Diversitatea procedurilor hidrice (spălări, fricţiuni, stropire, duşuri, vane etc.) permite alegerea pentru fiecare caz în parte, a unui procedeu care este cel mai indicat, care corespunde cu forţa şi reactivitatea bolnavului. Procedurile hidrice (reci şi fierbinţi) sînt contraindicate mai ales atunci cînd ele provoacă spasme vasculare periferice, creşterea tensiunii arteriale şi hiperemia vaselor cerebrale.

Higia, zeiţa sănătăţii, fiica lui Asclepios şi a Lampetiei. Era reprezentată ca o tînără cu o diademă pe frunte, iar în mînă cu o cupă din care se adapă un şarpe. A fost foarte adorată în antichitate, descoperindu-se şi pe teritoriul fostei Dacii numeroase altare şi inscripţii consacrate ei şi lui Asclepios.

himen, membrană formată dintr-o răsfrîngere a mucoasei vaginale, care obstruează incomplet vaginul (vezi genital: organe genitale feminine). La începutul activităţii sexuale, himenul este de obicei distrus, act cunoscut şi sub numele de deflorare, sau dezvirginare.

hiperacuzie, senzaţie subiectivă care constă în perceperea exagerată a zgomotelor în urechi. Tulburarea se datoreşte în special unor cauze care ţin de urechea internă (porţiunea din ureche care începe cu timpanul şi continuă cu ciocanul, scăriţa, melcul şi lichidul limfatic în care se găsesc). Tulburări în circulaţia sanguină (la aterosclerotici, la hipertensivi,

în migrenă, la lovituri în ureche, în paralizia mușchiului scării, în anumite paralizii ale mușchilor feței, mai ales în paralizia facială periferică *a frigore*, pot duce la o senzație crescută a zgomotelor (hiperacuzie). Unii aterosclerotici sau hipertensivi pot auzi pulsațiile arterei carotide care și-a pierdut elasticitatea. Unii nevrotici, mai ales noaptea cînd nu pot dormi, pot de asemenea să audă pulsațiile carotidei, datorită creșterii excitației scoarței cerebrale, ceea ce le permit să perceapă senzații care în mod obișnuit trec neobservate. *Tratamentul* este acela al bolii care a cauzat această tulburare.

hiperhidroză, transpirație excesivă. Hiperhidroza apare în condiții obișnuite în timpul unui efort fizic susținut; persoanele cu un sistem nervos foarte excitabil transpiră mult chiar și în timpul unor ușoare emoții. Hiperhidroza poate însoți unele boli ale sistemului nervos, ale glandelor cu secreție internă și se observă de asemenea în cazul igienei corporale deficiente. Alături de hiperhidroza generală există cazuri cînd transpiră intens numai anumite părți ale corpului: palmele, tălpile, axilele etc. În hiperhidroza picioarelor se recomandă băi fierbinți zilnice cu hipermanganat (soluție de culoare roz). Băile cu tanin au, de asemenea, o acțiune favorabilă. După baie, picioarele se șterg bine și se pudrează între degete și pe tălpi cu talc amestecat cu acid boric și acid salicilic, care anihilează mirosul neplăcut și reduce activitatea glandelor sudoripare. În cazurile mai rebele, badijonările cu soluție 10% de formalină au o acțiune bună. Dimineața în ciorapii curați se presară un amestec de talc și urotropină.

hipermetropie, defect de refracție al ochiului, în urma căruia razele luminoase paralele care pătrund în ochi nu își formează focarul pe retină, ci înapoia retinei. Imaginile obiectelor apar neclare. Vederea este scăzută atît la distanță, cît și la apropiere. Hipermetropia se datorește micșorării congenitale a axului antero-posterior al ochiului sau unei scăderi a curburii corneei. Pentru a vedea clar la apropiere, hipermetropul trebuie să-și forțeze puterea de acomodație (vezi acomodare). Hipermetropia se corectează cu lentile convexe-convergente. Datorită efortului permanent al acomodației, în hipermetropie poate să apară astenopia acomodativă — oboseala acomodației. De aceea este necesar ca hipermetropii să poarte ochelari corespunzători, mai ales la vederea în apropiere. Hipermetropia de grad mare, peste 6 dioptrii, se poate însoți de nistagmus și ambliopie. Hipermetropia poate să favorizeze apariția strabismului prin efortul de acomodație, care atrage după sine un exces de convergență al ochilor.

hipertensiune arterială (boala hipertensivă), afecțiune arterială caracterizată printr-o depășire a valorilor normale ale tensiunii arteriale (presiunea sîngelui). Menținerea tensiunii arteriale în limitele fiziologice este realizată de acțiunea complexă a numeroși factori: nervoși, vasculari, renali, glandulari, care acționează prin mecanisme complicate. Este suficient ca vreunul dintre ei să se deregleze, pentru ca tensiunea arterială să crească și să se instaleze boala hipertensivă. Mai înainte de a descrie această boală să spunem cîteva cuvinte despre *tensiunea arterială*. Aceasta rezultă din acțiunea a două forțe opuse, dintre care prima este presiunea imprimată de contracția mușchiului cardiac care, învingînd rezistența (tonusul) pereților vasculari, asigură circulația sîngelui. Această tensiune, numită sistolică, reprezintă *tensiunea arterială maximă*, spre deosebire de cealaltă forță, tensiunea diastolică sau *minimă*, care este permanentă, deoarece traduce presiunea constantă pe care o exercită sîngele asupra pereților arterelor mici. Un bolnav este declarat în general hipertensiv atunci cînd aparatul de tensiune indică cifre mai mari de 15 (150 mm Hg) pentru maximă și peste 9 (90 mm Hg) pentru minimă. Bineînțeles că la aprecierea acestor cifre se ține seama de vîrstă, într-o oarecare măsură și de sex, știut fiind că ele sînt în general mai ridicate la bărbați și de faptul că aceste cifre singure nu reprezintă caracteristica bolii hipertensive, deoarece viitorul bolnavului depinde mai puțin de ele și mai mult de starea celorlalte organe influențate de boala hipertensivă. Inițial, boala hipertensivă este precedată de un stadiu *oscilant*; acesta durează cîțiva ani. În acest stadiu, hipertensiunea care a rezultat din dezechilibrarea unor mecanisme nervoase reglatoare ale tensiunii arteriale este descoperită întîmplător și are un caracter variabil, cu cifre tensionale moderat crescute, care alternează cu cifre normale. Bolnavul se poate simți bine neavînd nici un motiv să se sesizeze; alteori, el poate acuza tulburări discrete, ca: ameteli, dureri de cap, oboseală, nervozitate. În funcție de gravitatea și rapiditatea cu care se instalează modificări la nivelul diverselor organe, deosebim în boala hipertensivă o formă cu evoluție benignă și alta malignă. *Boala hipertensivă benignă* se caracterizează prin valori moderate ale tensiunii care cresc încet, de-a lungul anilor, fără complicații din partea altor organe. Bolnavul este capabil de o muncă moderată, putînd duce o viață aproape normală timp îndelungat, mai ales dacă urmează o medicație hipotensivă și un regim de viață și o alimentație adecvată. *Boala hipertensivă cu evoluție malignă* este mai rar întîlnită de cît forma precedentă. Ea se caracterizează printr-o agravare rapidă a tulburărilor Bolnavii se plîng de ameteli puternice, dureri repetate de cap, insomnie, oboseală, palpitații, dureri în dreptul inimii, tulburări de vedere, amorțeli ale membrelor. Cifrele tensionale sînt ridicate, mai ales în ce privește minima care depășește 120 mm Hg. În această formă, concomitent cu plîngerile bolnavului se constată semne de suferință din partea organelor principale (inimă, creier, rinichi). Cele mai

frecvente complicații cardiace se traduc prin tulburări de ritm, angină pectorală, infarct miocardic sau insuficiență cardiacă. Scleroza arterelor cerebrale provoacă ameteli, scăderea capacității de muncă cu slăbirea memoriei, insomnii, dureri de cap, stare de emotivitate și nervozitate crescută și uneori paralizii trecătoare. Îmbolnăvirea rinichiului se manifestă prin tulburări urinare: urinile sînt modificate calitativ, reduse cantitativ ziua, completîndu-se cu emisiuni nocturne. Ureea sanguină crește și ea peste normal. Pentru a recunoaște din vreme prezența hipertensiunii și stadiul bolii se recurge în cadrul examinării clinice și la alte metode de cercetare: electrocardiogramă, examenul fundului de ochi, control radiologic, analize de laborator. *Tratament*: profilaxia bolii hipertensive este o problemă de educație. Trebuie evitate toate cauzele care produc nevroze și instabilitatea tensiunii arteriale: supărări, muncă nerațională, fără odihnă și relaxare. În ce privește tratamentul, rolul cel mai important îl au măsurile igienodietetice. Hipertensivul va renunța la o muncă în care se cer eforturi sau încordări nervoase prea susținute. Programul său de lucru va fi strict de 8 ore, iar somnul de noapte va dura 8—9 ore, cu un repaus după amiaza de cel puțin o oră. În primul stadiu al bolii se recomandă plimbări, sport și activitate ușoară în aer liber, concediu și tratamente periodice în stațiuni balneare și climaterice. Alimentația va fi rațională și fără restricții exagerate. O dietă corespunzătoare presupune reducerea caloriilor, a sării și, dacă este cazul, a unor excitante, cum ar fi ceaiul sau cafeaua. Un regim sărac în calorii mai ales pe seama grăsimilor animale (untură, unt) va reduce greutatea corporală cînd aceasta depășește normalul. Sînt interzise: alcoolul și tutunul. În ceea ce privește *tratamentul medicamentos*, acesta cuprinde calmante ale sistemului nervos (Luminal, Carbaxin) și hipotensoare (Hiposerpil, Hipazin).

hipertricoză, apariția unor fire de păr aspre, lungi, pigmentate, în regiuni unde normal există numai firicele fine de păr. Fenomenul poate fi localizat sau generalizat, răspîndit pe tot corpul. De exemplu, hipertricoza localizată poate apărea sub formă de mustăți și barbă la femeie, în urma tulburărilor funcționale ale glandelor cu secreție internă (în primul rînd ale suprarenalelor, ale ovarelor și ale tiroidei), sau în urma rasului sau a smulgerii firicelelor de păr, procedee la care mai ales femeile recurg destul de des. Substanțele depilatoare care distrug tulpina părului și nu papila din care crește firul de păr, precum și înlăturarea cu piatra ponce au numai o acțiune trecătoare, provocînd după o scurtă perioadă de dispariție a părului o creștere exagerată. Apa oxigenată și perhidrolul (10%) decolorează într-o măsură oarecare firele negre de păr, dar nu opresc creșterea lor. Metoda cea mai rațională de înlăturare a părului de pe față la femei o constituie electroliza, adică distrugerea papilei părului cu ajutorul curentului galvanic. Electroliza se face în mai multe ședințe, la distanță de 1—6 luni, cu rezultate bune. Cînd hipertricoza este asociată cu tulburări endocrine, la tratamentul amintit se mai adaugă și unul hormonal.

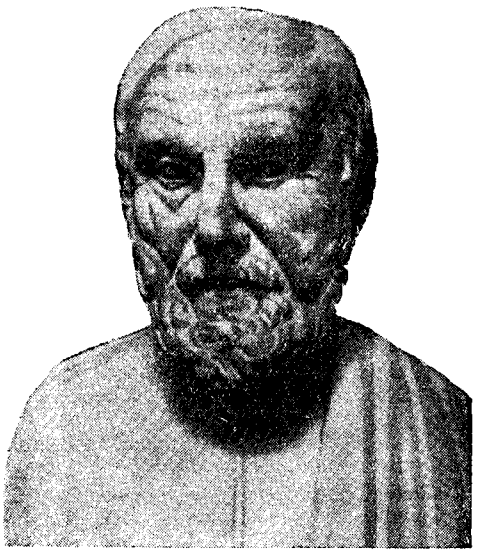
hipnoză (de la Hypnos, zeul somnului la vechii greci), stare de somn parțial, special, provocată de cele mai multe ori prin sugestie (vezi sugestie), fără utilizarea somniferelor, sau prin administrarea unor anumite somnifere în cantități mici. Cu 200 de ani în urmă, medicul vienez Frederic Mesmer credea că hipnoza este provocată de un fel de „magnetism animal", iar medicul englez Sames, Braid prin obosirea ochilor. De abia mai tîrziu, prin lucrările lui Charcot (școala de la Salpétrière) și al lui Bernheim (școala de la Nancy), hipnoza a fost utilizată în medicină. La aceasta au contribuit și marii neurologi Behterev, Pavlov și Platonov. Somnul hipnotic este un somn parțial și neprofund; între hipnotizator și hipnotizat se stabilește o legătură pe care cel hipnotizat o păstrează prin existența unor „puncte de veghe" pe scoarța cerebrală. La un moment dat, la nivelul acestei scoarțe apare „faza paradoxală" (un excitant slab, spre exemplu cuvîntul șoptit al hipnotizatorului, dă un răspuns mai puternic decît un excitant puternic, de exemplu un strigăt, durerea, apa rece). În această fază se poate sugera hipnotizatului să efectueze o serie de acte sau să perceapă o serie de senzații ireale (se îmbracă cu o haină imaginară; dacă i se sugerează că bucata de zahăr ce o primește este amară, simte senzația de amar). La trezire, uneori hipnotizatul nu-și amintește cele petrecute în somnul hipnotic. De aceea, dr. Liébault a denumit hipnoza „somnambulism provocat". Uneori hipnotizatul, după trezire, poate executa o sugestie comandată în timpul stării de hipnoză (sugestie posthipnotică). Hipnoza bine condusă poate constitui un tratament important, atît în bolile organice (pentru a diminua durerea în operații, la naștere), cît și în unele boli psihice (mai ales în nevrozele apărute după emoțiile mari, în senzațiile de frică). Pentru efectuarea hipnozei trebuie o pregătire specială și o foarte mare experiență, de aceea nu poate fi aplicată de cît de un medic psihiatru specializat.

hipofiză, sau glandă pituitară. Este o glandă endocrină, situată la baza craniului, într-o depresiune a osului sfenoid, numită *șa turcească*. În greutate de aproximativ 0,40—0,50 g, glanda este formată dintr-un lob anterior și un lob posterior, avînd între ei o lamă de țesut, numită și *lob* sau *parte intermediară*, care la om este mai puțin dezvoltat față de alte animale. Lobul posterior are o alcătuire asemănătoare substanței nervoase, fapt care îi atrage și denumirea de *neurohipofiză*. Cel anterior este format din celule epiteliale cu funcții secretoare multiple, fapt pentru care se numește

şi *adenohipofiză*. Hormonii secretaţi de lobul anterior stimulează creşterea, lactaţia (secreţia de lapte la femei), precum şi celelalte glande endocrine, producînd pentru fiecare cîte un hormon separat. Ei mai intervin în metabolismul glucidelor, lipidelor şi proteidelor. Lobul intermediar are o funcţie necunoscută, părîndu-se că ar influenţa metabolismul unor pigmenţi din organism. Lobul posterior produce un hormon care are efect vasoconstrictor prelungit, ocitocic (contractă musculatura uterului) şi antidiuretic (scade formarea de urină). Alterarea funcţiilor hipofizare fie în plus, fie în minus determină o serie de modificări marcate în dezvoltarea şi funcţionarea organismului, printre care *acromegalia*, *gigantismul*, *sindromul adipozogenital*, *caşexia hipofizară*.

hipospadias, malformaţie congenitală caracterizată prin situaţia meatului pe faţa inferioară a penisului. Cînd meatul se află aproape de şanţul balanoprepuţial, penisul este de obicei normal şi funcţia lui va fi normală. Cu cît meatul este mai aproape de scrot, penisul este mai incurbat şi mai mic, prezentînd deci tulburări în funcţia lui. Tratamentul chirurgical comportă mai mulţi timpi operatori, rezultatele fiind bune.

hipotensiune arterială, scăderea tensiunii arteriale în raport cu valorile normale. Există o *hipotensiune constituţională*, care se traduce printr-o tensiune ce nu depăşeşte 10 (100 mm Hg) pentru maxima şi 6,5 (65 mm Hg) pentru minima; se însoţeşte de puls slab, extremităţi reci şi care la efort, în loc să crească, se menţine scăzută sau scade şi mai mult. Aceşti hipotensivi obosesc la cel mai mic efort, manifestă sensibilitate la frig, vîjîituri în urechi, palpitaţii, tulburări de vedere şi au tendinţă la leşin. Ca *tratament* se recomandă un regim moderat de muncă, viaţă în aer liber, cultură fizică medicală, duşuri de înviorare, alimentaţie de calitate, cafea neagră. *Hipotensiunea ortostatică* este tot o tensiune arterială cu valori mici, dar care scade şi mai mult (cu aproximativ



Hippocrat.

20 mm Hg) la schimbarea bruscă de poziţie, de la orizontal în picioare. Bolnavul devine palid, pulsul slab îi bate rapid sau, dimpotrivă foarte rar, acuză senzaţie de sfîrşeală, uneori lipotimie sau sincopă. Gimnastica abdominală cu masaj, centură abdominală, unele medicamente (stricnină, efedrină) care cresc tonusul peretelui vascular corectează această scădere de tensiune.

Instalaţie pentru uscarea şi înfiolarea unor produse hormonale.

Hippocrat din Cos (460—377 î.e.n.), medic grec, supranumit „Părintele medicinei". Ca „medic-călător" a colindat toată lumea elină şi ţările învecinate, dînd consultaţii şi studiind cunoştinţele medicale ale diferitelor popoare. Se afirmă că a fost prieten cu filozoful naturalist Democrit. Hippocrat s-a străduit să îndepărteze din practica şi teoria medicinei orice urmă de magie şi misticism. Combătîndu-i pe cei care declarau, de pildă că epilepsia ar fi o boală „sfîntă", întrucît accesele epileptice s-ar datori pătrunderii zeilor în trupul bolnavului, Hippocrat arată că nici o boală nu este de origine divină, deoarece toate suferinţele fizice „au o pricină

firească şi nimic nu se produce fără o pricină firească". Marele savant antic considera că pentru punerea unui diagnostic concret şi instituirea tratamentului corespunzător nu este suficientă examinarea atentă a bolnavului, ci este necesar ca medicul să cerceteze condiţiile geografice, climaterice şi meteorologice, precum şi deprinderile şi alimentaţia bolnavului, întrucît suferinţa lui a fost determinată de factori concreţi din mediul fizic şi social. Hippocrat a insistat asupra faptului că temeiul activităţii medicale este îmbinarea observaţiilor cu raţionamentul: singură, observaţia brută duce la empirismul orb, iar raţionamentul desprins de realitatea materială se transformă în speculaţie sterilă, pe cînd observaţia raţionată îngăduie meşteşugului medical să devină o adevărată ştiinţă. Hippocrat a recomandat medicilor să acorde asistenţă cu aceeaşi conştiinciozitate bărbaţilor şi femeilor, bogaţilor şi săracilor, oamenilor liberi şi sclavilor, ba chiar să arate mai multă solicitudine faţă de sărmani şi străini, întrucît ei au mai mare nevoie de ajutor. Scrierile hippocratice sînt o admirabilă expresie a materialismului şi democratismului antic.

histerectomie, operaţie care constă în extirparea uterului. Histerectomia poate fi totală cînd se extirpă uterul în întregime, sau subtotală, cînd se extirpă numai 2/3 din uter, lăsîndu-se pe loc colul uterin. Operaţia se poate executa prin laparotomie (deschiderea cavităţii abdominale), fie pe cale vaginală. O dată cu uterul se pot extirpa şi trompele şi ovarele, operaţia numindu-se atunci histerectomie cu anexectomie unii- sau bilaterală. Operaţia se execută de obicei în cazul unor tumori ale uterului. În caz de cancer al colului uterin, histerectomia totală se completează cu extirparea ganglionilor limfatici din jurul uterului şi se numeşte histerectomie totală lărgită.

histerosalpingografie, explorare radiologică a uterului şi a trompelor. Metoda constă în injectarea în cavitatea uterină şi în trompe a unei soluţii pe bază de iod (care este opacă la razele X) şi executarea unei serii de 2—3 radiografii. Această metodă se aplică pentru a se constata dacă trompele sînt sau nu permeabile, în caz de sterilitate, precum şi pentru depistarea leziunilor de tuberculoză genitală. Timpul optim de executare a histerosalpingografiei este între a 7-a şi a 10-a zi de la menstruaţie.

Hodgkin (boală); i se mai spune limfogranulomatoză malignă. Este o boală de sînge, de natură incomplet lămurită, cu sediul mai ales în ţesutul ganglionar. Începe de obicei cu mărirea unui ganglion (adenopatie), care devine dur, creşte progresiv; cu timpul se prind ganglionii şi din alte regiuni: subsuoară, stinghe. O dată cu evoluţia bolii apar şi semne de alterare a stării generale. Pentru precizarea diagnosticului este necesară biopsia ganglionară, care pune în evidenţă leziunile caracteristice cu prezenţa unor celule speciale (celule Sternberg). *Tratamentul* prin radioterapie prelungeşte mult evoluţia. Se mai folosesc şi unele medicamente care opresc înmulţirea celulelor, denumite de aceea citostatice.

homeopatie — vezi Hahnemann Samuel şi medicaţie.

homosexualitate — vezi perversiuni sexuale.

hormon, produs al glandelor cu secreţie internă care vărsat direct în sînge îşi exercită influenţa asupra unor funcţii din tot organismul, unde este răspîndit prin sînge. Fiecare glandă cu secreţie internă secretă de obicei mai mulţi hormoni cu acţiuni diferite. Glandele paratiroide secretă un singur hormon, în timp ce glandele hipofiză şi suprarenală secretă un număr foarte mare de hormoni. Acţiunea hormonilor se explică prin stimularea sau inhibarea (împiedicarea) funcţiei altor organe sau a metabolismelor celulare. În afecţiunile endocrine în care secreţia de hormoni a unei glande este scăzută, tratamentul utilizează hormoni sintetici sau extrase de organe sau glande care produc hormonul respectiv (opoterapie). În alte boli în care secreţia de hormoni este crescută se utilizează fie hormoni inhibitori ai glandei bolnave, fie, cum este cazul în guşa hipertiroidienilor, extirparea unei părţi din glandă (vezi şi glande-endocrine). *Tratamentul* cu hormoni se aplică mai cu seamă în serviciile de endocrinologie de către specia-

Nicolae Hortolomei

liştii endocrinologi. În serviciile de ginecologie tratamentul hormonal tinde să corecteze în special funcţia ovariană (foliculină, progesteron). În clinicile de medicină internă sînt utilizaţi în special unii hormoni hipofizari (ACTH care stimulează glanda suprarenală) sau hormoni ai suprarenalei (cortizon). Administrarea hormonilor fără indicaţii şi control medical este contraindicată, deoarece poate produce tulburări grave în organism.

Hortolomei Nicolae (1885—1961), chirurg romîn, membru al Academiei R.P.R. A publicat importante lucrări de chirurgie generală, urologie, chirurgie a tractului digestiv, iar în ultimii ani ai vieţii, de chirurgie cardio-vasculară. S-a preocupat de aspectele clinice ale specialităţii sale, dînd o mare importanţă diagnosticului preoperator. A militat pentru o orientare fiziologică şi experimentală a chirurgiei romîneşti.

Iacobovici Iacob Melcon (1879—1959), chirurg romîn, profesor la Facultatea de medicină din Cluj şi apoi la cea din Bucureşti, fost rector al Universităţii din Cluj. A imaginat numeroase procedee operatorii şi aparate ortopedice. A fost unul din animatorii mişcării ştiinţifice chirurgicale în ţara noastră.

Ibn Sina Abu Ali al-Husein Ibn Abdallah Ibn al-Hasan, cunoscut în Europa Occidentală

Ibn Sina Abu Ali el-Husein Ibn Abdallah Ibn al-Hasan (Avicena)

sub numele latinizat de *Avicena* (980—1037), medic şi filozof de origine tadjică, unul din principalii reprezentanţi ai culturii arabe. Toată viaţa s-a mutat din oraş în oraş, fiind persecutat din pricina refuzului său de a se supune puternicilor zilei şi, în special, de a se conforma dogmelor islamice. Principala sa scriere ştiinţifică este „Canonul ştiinţei medicale", o adevărată enciclopedie concentrînd noţiuni de anatomie, fiziologie, patologie medicală, chirurgie, farmacologie şi igienă, operă în care sînt sistematizate atît cunoştinţele de medicină ale antichităţii clasice şi informaţiile ştiinţifice culese din lucrările unor savanţi din ţările Asiei, cît şi descoperirile făcute de însuşi Ibn Sina. Canonul a fost tradus în latineşte încă din secolul al XII-lea, iar după inventarea tiparului a fost răspîndit în zeci de ediţii, servind drept manual de bază în multe facultăţi din Europa. Ibn Sina a fost un adversar hotărît al superstiţiilor şi al prejudecăţilor cultivate de clerul musulman. A combătut teoriile astrologice, care pretindeau că sănătatea oamenilor este dependentă de mişcările corpurilor cereşti. Meritul istoric al acestui „prinţ al medicilor", cum l-au denumit urmaşii plini de admiraţie pentru bogăţia şi profunzimea cunoştinţelor sale, a fost acela de a fi realizat o punte de legătură între ştiinţa antichităţii şi a lumii orientale, pe de o parte, şi ştiinţa Renaşterii, pe de altă parte.

idiosincrazie, susceptibilitatea înnăscută a unor persoane care reacţionează într-un mod propriu şi neobişnuit faţă de unele substanţe, în special medicamente (aspirină, iod). Idiosincrazia nu se confundă cu alergia, care este o proprietate dobîndită a organismului.

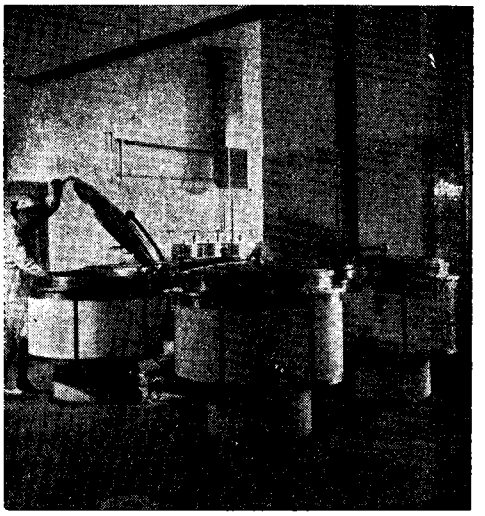
idioţie — vezi oligofrenie.

icter, coloraţie galbenă a tegumentelor şi mucoaselor determinată de reţenţia în sînge a bilirubinei. Creşterea bilirubinei în sînge (vezi bilirubină) poate fi provocată de trei împrejurări principale, care duc la distingerea a trei forme de icter: icterul hemolitic, icterul prin leziuni hepatice şi icterul mecanic sau prin obstacol al căilor biliare.

igienă, ramură a ştiinţelor medicale care studiază influenţa condiţiilor mediului înconjurător asupra sănătăţii omului şi elaborează măsurile de îmbunătăţire a acestor condiţii, în scopul menţinerii şi întăririi sănătăţii. Acest studiu, deosebit de complex, cuprinde şi cunoaşterea diverselor moduri în care organismul omului răspunde şi se adaptează la

Normele de igienă cele mai riguroase au fost aplicate şi la proiectarea noilor cămine studenţeşti.

factorii de mediu care acţionează asupra sa, aşa-numita reactivitate a organismului. În zilele noastre, igiena utilizează un larg ansambu de metode de cercetare şi de date pe care i le oferă: fiziologia, patologia, medicina clinică, fizica (inclusiv fizica nucleară), chimia, biochimia, biologia, microbiologia, ştiinţele sociale etc. Studiul igienei se împleteşte azi strîns cu preocupările de protecţia muncii şi ele se efectuează în institutele de igienă şi protecţia muncii care funcţionează atît în Bucureşti, cît şi în alte centre universitare ale ţării: Cluj, Iaşi, Timişoara, Tg. Mureş. Normele igienice, formulate după criterii ştiinţifice stau la baza elaborării măsurilor de îmbunătăţire continuă a condiţiilor în care se desfăşoară traiul şi munca întregii populaţii. Ele au caracter de stat, fiind concretizate în prevederile legislaţiei sanitare. Dezvoltarea actuală a igienei a făcut ca această ştiinţă să se despartă în discipline separate: igiena comunală, igiena alimentaţiei, igiena muncii, igiena copilului şi adolescentului. a) *Igiena comunală* studiază influenţa asupra omului a factorilor naturali şi sociali ai mediului format de centrele populate, elaborînd normele igienice menite să asigure condiţii cît mai salubre ale locului de trai. Principalele sectoare de activitate în domeniul igienei comunale sînt: aprovizionarea cu apă a centrelor populate; igiena solului; protecţia sanitară a surselor de apă şi evacuarea apelor menajere şi industriale; igiena aerului centrelor populate şi protecţia împotriva impurificării, în special în zonele industriale; igiena radiaţiilor, cercetarea gradului de iradiere a populaţiei în general şi a persoanelor care lucrează în condiţii de expunere la acţiunea radiaţiilor ionizante; igiena locuinţelor şi a clădirilor publice; igiena sistematizării centrelor populate. Uriaşele lucrări de construcţii — în industrie ca şi în sectorul caselor de locuit — care se execută azi în ţara noastră, se conduc după planuri verificate şi aprobate de specialiştii în igiena comunală, pentru a fi conforme cu interesele ocrotirii sănătăţii. b) *Igiena alimentaţiei* studiază toate problemele legate de influenţa alimentului asupra organismului uman. Principalele direcţii în care se întreprind cercetările se referă la: cerinţele nutritive ale organismului şi elaborarea normelor alimentaţiei raţionale (vezi alimentaţia raţională); valoarea nutritivă a alimentelor şi a diferitelor substanţe alimentare; compoziţia produselor alimentare, studiul substanţelor chimice care se adaugă acestor produse în cursul fabricării lor (coloranţi, conservanţi etc.); microbiologia alimentelor, prevenirea răspîndirii bolilor transmisibile prin alimente; elaborarea normelor de construire şi funcţionare a unităţilor de producţie, desfacere şi consum al alimentelor şi concretizarea acestor norme în standarde de



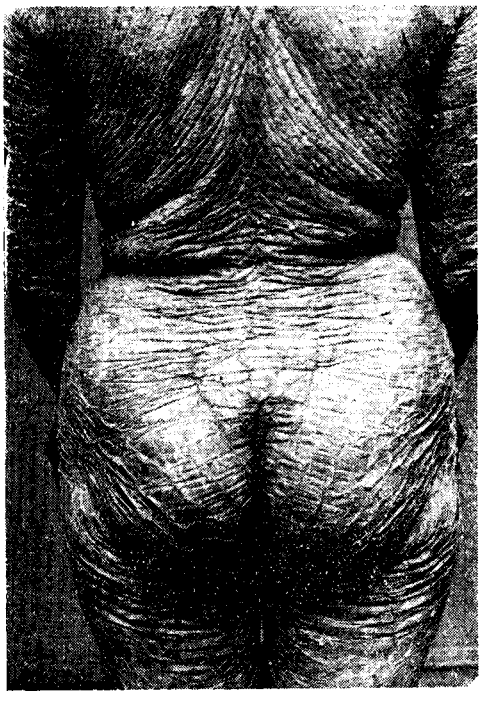
Bucătărie modernă igienică.

stat şi în prevederile legislaţiei sanitare. c) *Igiena muncii* studiază influenţa condiţiilor de la locul de muncă asupra sănătăţii omului, factorii de mediu din diversele ramuri industriale, procesele tehnologice, înlăturarea sau neutralizarea factorilor nocivi (vezi noxe profesionale), reactivitatea organismului în procesul muncii. Cercetările de igiena muncii se

desfăşoară în strînsă corelaţie cu cercetările de fiziologia muncii şi de clinica bolilor profesionale. Industrializarea rapidă a ţării noastre, marea dezvoltare a metalurgiei, a industriei chimice, extractive şi a celorlalte ramuri industriale deschid un cîmp larg de activitate în domeniul igienei muncii. Construcţia de noi întreprinderi, amenajarea noilor şantiere se fac cu respectarea normativelor de igiena muncii. d) *Igiena copilului şi a adolescentului* (pînă nu de mult denumită mai îngust igiena şcolară) studiază toate problemele legate de apărarea şi întărirea sănătăţii copiilor şi adolescenţilor, de la naştere pînă la vîrsta de 20 de ani. Principalele direcţii ale activităţii în această ramură a igienei sînt: influenţa factorilor de mediu extern asupra organismului copiilor şi adolescenţilor; proiectarea, construcţia şi amenajarea igienică a creşelor, grădiniţelor, şcolilor şi institutelor de învăţămînt superior; regimul de muncă în şcoli şi facultăţi, influenţa procesului instructiv-educativ asupra sănătăţii şcolarilor şi studenţilor; educaţia fizică şi alimentaţia în raport cu diferitele grupe de vîrstă; prevenirea bolilor transmisibile în rîndurile copiilor şi adolescenţilor, elaborarea normelor antiepidemice privind funcţionarea colectivităţilor de copii şi adolescenţi; studiul stării de sănătate a tinerii generaţii, prin intermediul datelor privind dezvoltarea fizică, morbiditatea şi demografia. Studiile de igienă stau azi la baza tuturor măsurilor luate de stat pentru a se asigura un cadru cît mai sănătos de viaţă şi studiu în instituţii de toate genurile pentru copii şi adolescenţi. Numeroasele şcoli noi construite în anii noştri sînt o mărturie evidentă a aplicării normelor igienice. Pentru dezvoltarea armonioasă a şcolarului este însă necesar ca şi în familie să se cunoască şi să se aplice recomandările igienei. Principalele indicaţii în acest sens sînt: elaborarea unui regim zilnic de activitate a şcolarului, cu ore fixe pentru tot ce face copilul de-a lungul zilei şi bazat pe alternanţa judicios dozată între muncă şi odihnă, precum şi între diversele forme de activitate; respectarea programului de somn, de 10—11 ore pentru şcolarii mici şi de $8^1/_2$—9 ore pentru cei din clasele mari; aerisirea camerei în care doarme şcolarul şi asigurarea condiţiilor indispensabile de confort, întuneric şi linişte; asigurarea unei alimentaţii complete şi variate, din care să nu lipsească în special alimentele bogate în proteine (carne, ouă, lapte, produse lactate) şi vitamine (legume şi fructe); amenajarea unui loc confortabil şi bine iluminat, mereu acelaşi, pentru pregătirea lecţiilor acasă; formarea exigentă şi stăruitoare a tuturor deprinderilor de igienă individuală; călirea organismului, prin folosirea aerului curat (cel puţin 2—3 ore din programul zilei afară la aer!), a soarelui şi apei, îmbinată cu practicarea culturii fizice, a jocurilor sportive şi sporturilor potrivite vîrstei.

igiena organelor genitale feminine, spălarea organelor genitale externe pe care trebuie să o facă femeia de două ori pe zi, dimineaţa şi seara şi după fiecare scaun. Aceste reguli de igienă trebuie respectate şi în timpul menstruaţiei. Pentru toaleta externă se foloseşte apa caldă şi săpunul neiritant (de preferinţă săpun special pentru copii sau săpunul de bărbierit). Irigaţiile vaginale nu sînt obligatorii zilnic la femeile sănătoase şi fără scurgeri vaginale abundente. Ele sînt necesare după raporturile sexuale sau ca tratament în diversele afecţiuni. Spălătura trebuie executată cu un irigator curat, strict personal, cu apă fiartă şi răcită, la care se adaugă un dezinfectant slab (tetragin, soluţie de acid lactic sau bicarbonat de sodiu). Întrebuinţarea de dezinfectante puternice sau apă prea fierbinte duce la iritarea mucoasei vaginale. Irigaţiile vaginale sînt în general contraindicate la femeia gravidă şi în timpul menstruaţiei.

ihtioză, dermatoză constînd într-o uscăciune exagerată a pielii, ceea ce are ca rezultat formarea în număr mare a unor scuame amintind solzii peştilor. Boala începe cam în al doilea an de viaţă, datorită unei distrofii familiale



Ihtioză (piele cu aspect de solzi de peşte).

asociate de cele mai multe ori cu tulburări ale glandelor cu secreţie internă. Treptat, întreaga suprafaţă a corpului, cu excepţia locurilor de îndoire a marilor articulaţii (cot, axilă, genunchi, inghine), se acoperă cu scuame uscate de aspecte

variabile: mici, tărîţoase (ihtioza pitiriaziformă), mai mari, lamelare (ihtioza scutulară), netede şi lucitoare (ihtioza netedă) sau negricioase (ihtioza neagră), fapt care provoacă mari neplăceri bolnavilor cu atît mai mult cu cît datorită acestei stări pielea se apără foarte prost împotriva microbilor provocatori de infecţii purulente. Deşi prezintă unele ameliorări vara, cînd secreţia de sudoare este mai abundentă şi înrăutăţiri iarna, boala dăinuie toată viaţa. Tratamentul local constă în băi calde zilnice sau la 2 zile, de cîte 1—2 ore, conţinînd substanţe ce îndepărtează scuamele (keratolitice). Se mai recomandă în acelaşi scop ungerea pielii cu pomezi cu acid salicilic. Bolnavul va urma un regim alimentar bogat în lichide, grăsimi, untură de peşte. Ca tratament general, injecţiile cu hormoni, în special ovarieni, au dat uneori rezultate.

iluminat. Lumina suficientă menajează ochiul, preîntîmpină obosirea vederii şi contribuie la menţinerea bunei dispoziţii, la mărirea capacităţii de lucru şi la îmbunătăţirea randamentului în muncă. Iluminatul este de două feluri: *natural*, cînd lumina vine de la soare, şi *artificial*, cînd lumina este dată de curentul electric (iluminatul cu lampa de petrol sau cu lumînarea este sortit dispariţiei totale, în condiţiile realizate de electrificarea rapidă a ţării). Uneori devine necesar ca iluminatul natural să fie completat cu iluminatul artificial. Părerea că această îmbinare între cele două feluri de iluminat ar strica vederea nu este întemeiată. Pentru un bun iluminat natural al locuinţei este necesar ca ferestrele să fie suficient de mari, geamurile să fie permanent şterse (geamul murdar reţine pînă la jumătate din lumină), iar pătrunderea luminii să nu fie stînjenită de diverse obstacole, ca perdele, ghivece de flori sau plante decorative. Contează şi culoarea deschisă a pereţilor încăperii. Pentru un iluminat artificial igienic sînt de luat în considerare următoarele: să fie lumină suficientă, de pildă cel puţin un bec de 75—100 waţi pentru o cameră de 20 m² lumina să fie difuză (trecută printr-o sticlă mată de abajur sau emanată de un bec mat); la masa de lucru sau la maşina de cusut să existe o luminare specială din stînga, fără ca fasciculul luminos să izbească ochii; luminozitatea locului de muncă să nu contrasteze prea tare cu întunericul spaţiului din jur. Să nu se uite curăţenia sticlei becului electric. Dacă becul s-a murdărit, puterea lui scade la jumătate. De exemplu, un bec de 100 waţi va consuma tot atît curent electric, dar va furniza o lumină egală cu cea a unui bec de 50 waţi. Iluminatul cu tuburi luminiscente, tot mai frecvent utilizat în ultimul timp, prezintă numeroase avantaje: este mai economic, dă o lumină plăcută ochiului şi mai apropiată de lumina soarelui, nu încălzeşte şi are acţiune de distrugere a germenilor din aerul încăperii luminate.

impetigo contagios (bube dulci), boală de piele provocată de streptococ, apărînd mai ales la copiii a căror curăţenie corporală lasă de dorit. Începe printr-o pată roşie, pe care foarte curînd se formează o băşică mare (bulă), conţinînd un lichid clar, care curînd devine gălbui, purulent. După spargerea bulei rămîne o eroziune superficială, care se acoperă cu coji galbene, de culoarea mierii. Netratată, boala se întinde cu multă uşurinţă datorită contagiozităţii foarte mari a lichidului provenit din bulele rupte, atît la copilul bolnav, cît şi la alţi copii cu care acesta vine în contact în timpul şcolii, al jocurilor etc. Este bine deci ca, în cazul unei astfel de îmbolnăviri, copilul să fie arătat imediat unui medic, pentru a începe tratamentul şi să fie ferit de contactul cu alţi copii, la şcoală sau acasă. Pentru prevenire şi tratament, vezi piodermite.

impotenţă (sexuală), imposibilitatea săvîrşirii actului sexual de către bărbat. Pentru ca actul sexual să se facă normal, bărbatul trebuie să prezinte: atracţie sexuală (libido), erecţie (creşterea şi întărirea organului sexual), voluptate (senzaţie de plăcere în efectuarea actului sexual) şi ejaculare (eliminarea spasmodică a spermei). Impotenţa se poate manifesta în una din aceste etape (erecţie incompletă sau întreruptă, ejaculare precoce *ante portas*) sau în toate etapele actului sexual. Cauzele mai importante ale impotenţei pot fi datorite unor leziuni în măduva spinării, unde se găsesc centrii erecţiei şi ejaculaţiei, unor tulburări endocrine (insuficienţa gonadelor — testiculelor—, insuficienţă hipofizară), unor modificări de formă (anormale) ale penisului (hipospadias), fapt ce împiedică actul sexual normal, surmenajului, nevrozei (neurastenie sexuală), neîncrederii bolnavului în posibilităţile sale sexuale (timiditate sexuală, trac), în urma unui eşec sau a unor tulburări psihice, abuzului, fricii, dezgustului, alcoolului, abstinenţei prelungite, lipsei de experienţă. Cînd există o cauză organică (boli ce lezează glandele endocrine, măduva spinării, sistemul nervos central) tratamentul va căuta să o vindece sau să o amelioreze prin hormoni, tratamente antiinflamatorii, după caz; cînd impotenţa este datorită surmenajului sau neîncrederii bărbatului în posibilităţile sale sexuale — impotenţa psihică, cea mai frecventă — odihna, somnul, psihoterapia, experienţa şi răbdarea pot duce la vindecare (vezi psihoterapie).

imunitate, starea de rezistenţă a unui organism faţă de o infecţie. Cu alte cuvinte, un organism imun împotriva unei anumite boli infecţioase nu face acea boală chiar dacă microorganismul patogen respectiv a pătruns în organism. Imunitatea poate fi naturală de specie (omul, de exemplu, este imun faţă de unele boli ale animalelor; animalele la rîndul lor sînt imune faţă de anumite boli pe care le poate face numai omul). Tot imunitatea naturală este cea rezultată din mobilizarea mijloa-

celor de apărare proprii ale organismului față de infecții, mijloace care reușesc de multe ori să împiedice pătrunderea microorganismelor patogene în organism. Astfel, pielea intactă împiedică pătrunderea agenților patogeni, iar unele mucoase, prin secrețiile pe care le produc,

La Institutul „Dr. I. Cantacuzino" se prepară seruri și vaccinuri

pot distruge agenții patogeni (de exemplu, lizozimul, o substanță care se găsește mai ales în lacrimi, are o acțiune bactericidă importantă). Și flora bacteriană normală, saprofită, care se găsește în gură, căile aeriene superioare, faringe, tubul digestiv, vagin face de multe ori imposibilă dezvoltarea unor microorganisme patogene. Anumite substanțe din sînge (alexina, properdina, anticorpii naturali etc.) au, de asemenea, acțiune de anihilare față de mulți agenți patogeni. Fagocitoza și celelalte mecanisme care intră în acțiune în fenomenele de inflamație reușesc, de asemenea, de multe ori să oprească pătrunderea unor microorganisme patogene în organism. Imunitatea poate fi și dobîndită sau cîștigată. Astfel, în cursul unor boli infecțioase se produc anticorpi față de agentul patogen respectiv, care persistînd în sînge timp îndelungat, uneori toată viața, produc rezistența organismului față de această infecție (de exemplu, varicela și rujeola lasă imunitate pe toată viața). Tot dobîndită este imunitatea care se capătă după vaccinare. Astfel după vaccinarea antivariolică, organismul devine rezistent față de variolă, după vaccinarea antipoliomielitică devine rezistent față de poliomielită ș.a.m.d.

incubație, perioadă care se scurge de la infecție pînă la apariția primelor semne de boală. Este totdeauna tăcută, lipsită de orice manifestare clinică. În această perioadă, viitorul bolnav este aparent sănătos. Ea corespunde fazei de multiplicare a germenilor în organism pînă la atingerea unui număr suficient pentru a declanșa boala, cît și timpului necesar organismului pentru a căpăta o anumită stare reacțională. Perioada de incubație este diferită ca durată de la boală la boală. Împărțind bolile după durata incubației, vom deosebi: boli cu incubație scurtă (1—7 zile), ca de exemplu scarlatina și difteria; boli cu incubație mijlocie pînă la 14 zile, cum sînt rujeola, varicela și febra tifoidă; boli cu incubație lungă pînă la 21 de zile și peste 21 de zile, ca rubeola, turbarea și hepatita epidemică. Cunoașterea perioadei de incubație ne ajută la stabilirea: a) unor date de prognostic; b) anumitor măsuri de profilaxie a lor (a stabili de pildă timpul de menținere în carantină a unui contact, ținînd seamă că unele boli, ca rujeola și poliomielita, sînt contagioase în ultimele zile de incubație); c) momentului infectant și al izvorului de infecție (ancheta epidemiologică).

infarct miocardic, ocluzie coronariană, parțială sau totală, care se însoțește de o leziune (necroză), mai mult sau mai puțin întinsă, în mușchiul inimii. Infarctul cardiac reprezintă stadiul cel mai avansat al bolii coronariene (coronarită) și gravitatea lui depinde de localizarea și întinderea leziunii în miocard. Începutul bolii este brusc, mai des în repaus, după o masă copioasă sau în somn și se manifestă prin durere caracteristică în dreptul inimii, radiind în diverse direcții: furca pieptului, gît, umăr, membrul superior stîng, sau bilateral în ambele brațe. Intensitatea durerii este extraordinară, nu cedează la nitroglicerină repetată și fără intervenția unui opiaceu se poate prelungi și peste 24 de ore. În această perioadă apar de regulă și alte semne care precizează diagnosticul: scăderea tensiunii arteriale, febră, puls accelerat și neregulat, dispnee, greață și vărsături, iar uneori șoc. Unele analize de laborator întăresc și mai mult această supoziție încă din primele ore ale infarctului, înainte chiar ca electrocardiograma să se modifice. Aceasta din urmă se repetă pe tot parcursul bolii, pentru a putea urmări evoluția ei. Repausul absolut și obligatoriu la pat va trebui să fie instituit din primele minute. În felul acesta se permite inimii să facă față la un efort redus, se asigură o bună cicatrizare a mușchiului necrozat și o evoluție a bolii fără complicații. Acest repaus la pat va fi păstrat cel puțin 20—25 de zile, iar în formele complicate, și 45 de zile. Mobilizarea va începe la avizul medicului și numai progresiv, la început mobilizare pasivă a membrelor în pat și abia înainte de ieșirea din spital, se va trece, tot treptat, la mobilizarea activă. *Tratamentul* medicamentos urmărește combaterea durerii (morfină), împiedicarea extinderii zonei de infarct prin anticoagulante (heparină).

infecție (proces infecțios), conflictul care are loc între un microorganism (agent) patogen (microb, virus, rickettsie, ciupercă) și organismul în care a pătruns. Rezultatul acestui conflict este deseori boala infecțioasă, cînd forțele de apărare ale organismului nu reușesc să distrugă agentul patogen la poarta de intrare. Alteori însă, victoria este a organismului și infecția nu se produce. *Infecție de focar*, afecțiune inflamatoare, întreținută de un proces infecțios cronic și localizat, care se află la distanță. Procesul care determină infecția de focar se numește *focar de infecție*; el este bine delimitat „mocnind în tăcere" dar răspîndind periodic, pe calea circulației sanguine sau limfatice, microbi și toxine care acționează asupra organismului în general și asupra diferitelor organe în mod special. Infecțiile de focar afectează diferite aparate și sisteme: aparatul locomotor (reumatism articular acut, artroze, lumbago), aparatul cardiovascular (miocardite, endocardite, arterite), renal (nefrite). Cele mai frecvente focare primare de infecție sînt: infecțiile dentare, amigdalitele și sinuzitele cronice, metroanexitele, colecistitele și apendicita cronică, supurațiile pulmonare.

infestare, pătrunderea și dezvoltarea într-un organism uman sau animal a unui parazit. De exemplu: ascarid, oxiur, tenie.

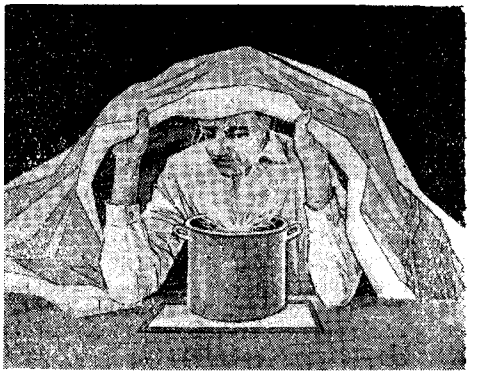
infiltrat, leziune circumscrisă, izolată, care se localizează cel mai adesea la vîrful plămînului, mai jos de claviculă, și care traduce o formă de început a tuberculozei. Nu dă loc la manifestări clinice și reprezintă de obicei o descoperire radiologică. Pentru acest motiv se recomandă control microradiofotografic cel puțin o dată pe an.

inflamație, totalitatea reacțiilor biologice care se petrec local la nivelul țesuturilor la poarta de intrare a unui microorganism patogen în organism. Fenomenele inflamatorii fac parte din primele măsuri de apărare ale organismului pentru a împiedica invadarea organismului de agentul patogen pătruns. Reacțiile cele mai importante din inflamație sînt: dilatarea vaselor capilare și trecerea prin peretele lor în țesutul respectiv a globulelor albe care fagocitează microorganismul pătruns (vezi fagocitoză). Local, la nivelul inflamației, din cauza reacțiilor care se petrec, apar următoarele semne caracteristice: roșeață, durere, tumefiere (umflare) și căldură locală crescută. Deseori din lupta dintre organism și agentul patogen se formează puroi, care este constituit din leucocite distruse, microbi, țesuturi necrozate.

inframicrobiologie (virusologie), știință care se ocupă cu studiul virusurilor (inframicrobi).

infuzie, procedeu de extracție prin apă fierbinte a substanțelor medicamentoase active din vegetale. În funcție de caracteristicile substanței pe care vrem s-o extragem din plante (flori, frunze, rădăcini) folosim acțiunea apei la o anumită temperatură și o anumită perioadă de timp, care diferă după procedeul ales (macerare, infuzie sau decoct). Pentru infuzare, apa se încălzește la temperatura de fierbere (înainte de a da în clocot) și trebuie să acționeze asupra produselor vegetale (înmuiate în apă rece în prealabil) timp de 15 minute, într-un vas închis. Se filtrează după răcire, soluția obținută numindu-se infuzie. Cantitatea de ceai folosită la prepararea unei infuzii este de 3—5 g la 100—150 ml apă (cam cît luăm cu trei degete). Infuziile administrate în scop terapeutic se eliberează de la farmacie în baza unei prescripții medicale, în sticle etichetate. Ele se iau cu linguriță sau lingura, de obicei în 3 reprize pe zi, sau după indicația medicului. Cu toate că au în compoziția lor substanțe conservante, este bine ca infuziile să fie eliberate în cantități mici (pe cîteva zile), deoarece se alterează ușor. Pe perioada întrebuințării se vor păstra la rece.

inhalație, inspirarea unor gaze sau lichide fin pulverizate în scopul obținerii unui efect terapeutic, cu ajutorul unor aparate și dispozitive speciale. Inhalațiile cu aer folosesc camerele pneumatice și aparatele individuale de suprăși subpresiune. Cele cu lichide fin pulverizate utilizează aparate producătoare de ceață, aerosolizatoare etc. Pentru inhalații cu substanțe lichide se folosesc soluțiile medicamentoase (antibioticele, apele minerale etc.). Ele acționează asupra mucoasei respiratorii. Dacă sînt fin dispersate, în aerosoli, ajung la nivelul alveolelor pulmonare unde sînt resorbite și pătrund în circulația generală, la fel ca și într-o injecție.



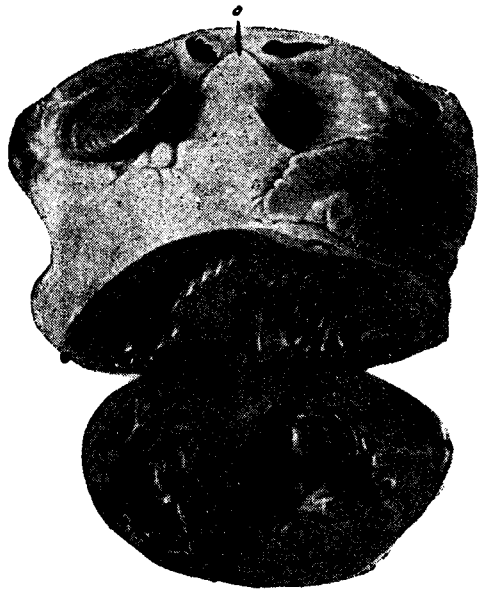
Inhalație.

inimă, organ muscular de formă conică, așezat în partea anterioară stîngă a cavității toracice. Vîrful inimii este îndreptat anterior, în jos și spre stînga, iar baza inimii, superior, posterior și spre dreapta. Cu una dintre fețele sale, inima vine în contact cu mușchiul diafragm, iar cu vîrful atinge peretele toracic în dreptul spațiului al patrulea intercostal (la omul adult). În rare cazuri, inima se situează de partea dreaptă a sternului, fie datorită unei

inversiuni în aşezarea organelor interne de la naştere, fie datorită unei afecţiuni pleurale sau pulmonare care împinge inima spre dreapta. Situarea în dreapta a inimii se numeşte *dextrocardie.* De mărimea unui pumn la omul adult, inima este formată din pereţi musculoşi

ASCAR — instituţie de specialitate pentru asistenţa bolnavilor de inimă.

acoperiţi cu un înveliş dublu (*pericard*) şi căptuşită cu un endoteliu numit *endocard.* Muşchiul inimii (*miocardul*) este alcătuit din fibre circulare şi oblice, care formează mai multe straturi. Cavităţile inimii sînt în număr de patru: două atrii şi doi ventriculi. Din fiecare atriu se desface cîte un mic săculeţ cu pereţi musculari încreţiţi, numit urechiuşe. Atriul şi ventriculul din stînga comunică între ele, dar nu comunică cu atriul şi ventriculul din dreapta, între care există de asemenea comunicaţie. Între atrii şi ventriculi există cîte un orificiu ce se închide intermitent în timpul sistolei cardiace cu nişte clapete, numite *valvule.* Orificiul atrio-ventricular stîng (mitral) are două *valvule mitrale.* Cel atrio-ventricular drept are trei *valvule tricuspide.* De valvule se prind nişte firişoare numite cordagii (coarde), care la rîndul lor se fixează de formaţiuni musculare numite pilieri. La atriul drept soseşte sîngele prin două vene cave (superioară şi inferioară). Din atriul drept, sîngele trece în ventriculul drept, iar din acesta, în artera pulmonară, prin care se duce la plămîn (vezi circulaţia sîngelui). De la plămîn, sîngele ajunge în atriul stîng, de unde trece în ventriculul stîng şi apoi în artera aortă, răspîndindu-se în organism (vezi circulaţia sîngelui). Inima este irigată de *arterele coronare* care o înconjură sub forma unei cununi, la locul dintre atrii şi ventriculi (fapt de la care îşi trage şi numele). În pereţii atriului drept există nişte formaţiuni (noduli) de ţesut neuromuscular nediferenţiat, care generează impulsuri pentru contracţiile inimii, cu o frecvenţă normală de 60—80/min. Aceste impulsuri se răspîndesc către ventriculi printr-o bandă de ţesut nervos (bandeleta Hiss). Asupra inimii acţionează fibre ale sistemului nervos vegetativ, simpatic şi parasimpatic, care determină, respectiv, accelerarea bătăilor inimii (tahicardie) sau rărirea acestora (bradicardie). Contracţiile inimii numite sistole se succed în mod normal la intervale regulate. Pauzele dintre contracţii numite *diastole,* au o durată mai mare de cît cea a sistolelor. Uneori faţă de aceste contracţii normale, pot apărea contracţii precoce, numite *extrasistole* (palpitaţii), urmate deseori de diastole alungite. Pentru ca sîngele să poată trece din atrii în ventriculi, sistola atrială începe înaintea celei ventriculare cu aproximativ 0,2 secunde. După ce sîngele a ajuns în ventricul, acesta se contractă la rîndul lui (sistolă ventriculară) împingînd sîngele în artera aortă sau pulmonară. Sistola şi diastola cardiacă formează împreună un ciclu cardiac sau revoluţie cardiacă. În timpul sistolei, miocardul îşi consumă rezervele de energie pe care şi le reface în timpul diastolei. Refacerea energetică fiind mai înceată decît consumul, durata diastolei este de obicei mai lungă ca a sistolei. Întoarcerea sîngelui din artere în ventriculi este împiedicată datorită existenţei unor valvule în aşa fel situate, încît ele se deschid în timpul sistolei şi se închid în timpul diastolei. Întoarcerea sîngelui din



Inimă secţionată în treimea mijlocie. Se vede dezvoltarea mult mai mare a pereţilor ventriculului stîng (dreapta) comparativ cu a pereţilor ventriculului drept. Ventriculul stîng are de făcut faţă unui lucru mecanic mult mai mare

ventricul în atriu este, de asemenea, împiedicată de valvulele tricuspide sau mitrale, care se deschid în timpul diastolei și se închid în timpul sistolei. În timpul trecerii sîngelui prin inimă, datorită închiderii și deschiderii valvulelor și vibrației lor, apar zgomote ce pot fi auzite dacă aplicăm în dreptul inimii urechea sau *stetoscopul*. Aceste zgomote au caractere deosebite în timpul sistolei și al diastolei, putînd fi urmărite separat pentru fiecare dintre orificiile inimii, care conțin valvule. În unele boli de inimă care modifică deschiderea orificiilor atrioventriculare sau structura valvulelor apar zgomote noi, numite *sufluri*, pe baza cărora se poate pune diagnosticul leziunii ivite. La fiecare contracție, ventriculul împinge cîte 50—200 ml sînge, cantitate numită *debit sistolic*. Cantitatea de sînge pompată într-un minut se numește *debit cardiac*. Aceste debite cresc sau scad în raport cu necesitățile organismului. Astfel, în efortul fizic, cînd mușchii au un consum mai crescut de oxigen și substanțe nutritive, irigația musculară crește prin creșterea debitului cardiac. Inversul se întîmplă la trecerea de la o activitate mai intensă la repaus. Activitatea depusă de inimă pentru mobilizarea sîngelui se numește *muncă* sau *travaliu cardiac*. Forța cheltuită în 24 de ore de miocard pentru pomparea sîngelui este echivalentă cu aceea care ar ridica 2 — 3 vagoane de marfă la o înălțime de 1 m de la pămînt. Creșterea debitului cardiac se face atît prin creșterea frecvenței sistolelor, cît și prin creșterea debitului de sînge eliminat în fiecare sistolă. Cu cît individul este mai antrenat, cu atît adaptarea inimii la efort se face predominant prin al doilea mecanism, prin care consumul de energie este mai redus, iar randamentul inimii mai mare. În timpul activității inimii iau naștere curenți electrici de mică intensitate care se răspîndesc în corp întocmai ca undele din jurul unui obiect aruncat în apă. Acești biocurenți generați de inimă pot fi captați, amplificați și înscrișii cu ajutorul aparatelor numite *electrocardiografe*, sub forma unor oscilații denumite electrocardiograme. *Funcția urechiușelor* și a *învelișurilor inimii*. Fiind niște prelungiri ale atriilor, cu pereții încrețiți și elastici, urechiușele ar putea juca un rol de susapă de presiune, ștergînd diferențele care există între sistola și diastola atrială. *Endocardul*, prin luciul său, favorizează scurgerea sîngelui, împiedicînd apariția coagulării (vezi coagularea sîngelui). *Pericardul* prin foițele seroase ajută mișcarea inimii în sacul fibros care îi fixează poziția ei normală (pericardul fibros).

injecție, introducerea unei soluții medicamentoase în organism cu ajutorul unui ac adaptat la seringă. Poate fi subcutanată, intramusculară, intravenoasă, rahidiană, intracardiacă etc. Terapeutica modernă face necesară introducerea unui număr tot mai mare de substanțe în organism prin injecții. Prin injecțiile făcute în condiții de sterilizare incorecte se pot transmite anumite infecții, printre care, în primul rînd, hepatita epidemică. De aceea, la efectuarea injecțiilor trebuie să se evite persoanele necalificate. Injecțiile trebuie făcute numai de cadre medico-sanitare care posedă cunoștințele necesare în legătură cu sterilizarea corectă a acelor și seringilor (prin fierbere, timp de 30 de minute).

La fabrica de seringi.

insecticid, substanță chimică cu acțiune distrugătoare asupra artropodelor, dintre care: păduchi, purici, ploșnițe, căpușe, muște, țînțari. Insecticidele sînt utilizate pe scară largă în combaterea unor boli care se transmit prin vectori (vezi deparazitare). Cele mai utilizate sînt insecticidele numite de contact, deoarece intoxicarea insectelor se face cînd acestea vin în contact cu substanța toxică, aceasta pătrunzînd prin învelișul lor de chitină și provocînd paralizii. Aceste insecticide mai sînt numite și remanente, deoarece obiectele pulverizate își păstrează efectul zile și chiar săptămîni. Astfel sînt insecticidele clorurate (D.D.T. hexaclorciclohexan), utilizate în sectorul medical și insecticidele organofosforice (parathionul, utilizat numai în sectorul agricol).

insolație, accident provocat de radiațiile solare sau de o căldură excesivă. Se manifestă cu cefalee intensă, torpoare sau dimpotrivă stare de agitație, oprirea transpirațiilor, vomitări, halucinații sau delir, putînd merge

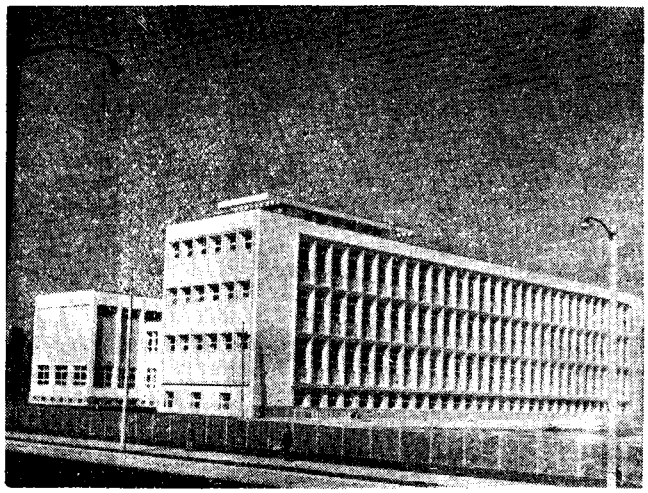
pînă la pierderea cunoştinţei. *Tratamentul* constă în scoaterea imediată de sub razele soarelui, împachetări cu cearşafuri umede, pungă cu gheaţă la cap, băuturi reci. Dacă bolnavul şi-a pierdut cunoştinţa se practică respiraţie artificială, pînă la sosirea medicului. Atenţie la remisiunile înşelătoare, de aceea se recomandă repaus prelungit la pat.

insomnie, imposibilitatea de a adormi, de a dormi sau existenţa unui somn insuficient (somn întrerupt, superficial, care nu odihneşte). Apare în special după eforturi psihice mari (emoţii. activitate intelectuală prelungită şi intensă, supărări), în urma creşterii excitabilităţii celulelor scoarţei cerebrale. Poate fi una din urmările altor boli organice (boli febrile, boli de inimă) sau simptomul principal în nevroză, în stările de agitaţie ale unor bolnavi psihici (exemplu în manie, în psihoza alcoolică). În cazul bolilor organice, tratarea acestora duce şi la vindecarea insomniei. În oboseala intelectuală şi fizică (surmenaj) şi nevroză se vor asigura o odihnă necesară. o activitate fizică corespunzătoare (plimbări, gimnastică), medicamente care diminuează excitabilitatea scoarţei (calmante) şi somnifere, după stricta prescriere a medicului.

Inspecţia de stat pentru igienă şi protecţia muncii, instituţie creată la începutul anului 1963, prin reorganizarea centrelor sanitare şi antiepidemice (sanepiduri) şi avînd rolul de a coordona şi îndruma activitatea antiepidemică, de asanare a condiţiilor la locul de trai şi de muncă şi de aplicare a măsurilor de protecţia muncii pe un anumit teritoriu (regiune, raion), precum şi de a efectua controlul sanitar curent şi preventiv pe teritoriul ce-i revine. La nivel republican funcţionează Inspecţia de stat pentru igienă şi protecţia muncii în cadrul Ministerului Sănătăţii şi Prevederilor Sociale.

instilaţie, depunerea de picături de medicamente în soluţie pe suprafaţa mucoaselor în scop terapeutic. Se realizează cu ajutorul unui picător alcătuit dintr-un tub de sticlă efilat la un capăt pentru formarea picăturilor şi cu o pară de cauciuc la capătul opus, necesară manevrării lichidului. *Exemplu de instilaţie*: a) *instilaţie oculară,* care se face la unghiul extern al ochiului (bolnavul privind în sus şi în partea opusă) şi care constă în depunerea a 2—3 picături de colir pe mucoasa conjunctivală a pleoapei inferioare, ce este trasă puţin în jos. După instilare, bolnavul trebuie să clipească des, pentru ca lichidul să se răspîndească uniform; b) *instilaţie nazală,* care se face aplicînd 3—6 picături de medicament în fiecare nară, pacientul stînd culcat cu capul lăsat pe spate şi întors în partea opusă narei în care instilăm; c) *instilaţie în ureche,* care se face depunînd cîteva picături de medicament uşor încălzit (neotimpanal) în conductul auditiv extern, bolnavul fiind culcat pe o parte.

Institute de cercetări ştiinţifice medicale din ţara noastră. Prima instituţie medicală romînească în care s-au efectuat sistematic cercetări ştiinţifice a fost *Institutul de patologie şi bacteriologie,* creat pe lîngă catedra lui V. Babeş, în 1887, cînd marele savant a fost numit profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti. La acest institut a fost organizat încă din 1888 un centru de tratament preventiv împotriva turbării şi apoi de producţie a serului antidifteric. Laboratorul de medicină experimentală care, începînd din 1901, a funcţionat sub conducerea profesorului I.Cantacuzino, a devenit curînd instituţia în care şi-au făcut iniţierea ştiinţifică unii din cei mai dotaţi tineri cercetători romîni, ca de exemplu, C. Ionescu-Mihăieşti, D. Danielopolu, M.Ciucă, N. Gh. Lupu, D.Combiescu şi alţii. Acest laborator a furnizat mari cantităţi de materiale biologice imunizante (seruri şi vaccinuri), în vederea desfăşurării cu succes a campaniilor antiepidemice, mai cu seamă în cursul războaielor din 1913 şi 1916—1918. În 1921, laboratorul a fost transformat în *Institutul de seruri şi vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino"*, în cadrul căruia munca de cercetare ştiinţifică a fost, în continuare, îmbinată cu producţia în serie a preparatelor imunizante. În 1924 a fost creat *Institutul de medicină legală „Mina Minovici"*, în 1927 *Institutul de igienă,* în 1939 *Institutul de antropologie.* Pe lîngă diverse catedre ş



Institutul de „Inframicrobiologie" al Academiei R.P.R.

clinici ale facultăților de medicină din București, Cluj și Iași, au funcționat alte asemenea institute de cercetare. În anii regimului democrat-popular, Academia R.P.R. și Ministerul Sănătății și Prevederilor Sociale conduc activitatea a numeroase institute, centre și

La Institutul de „Geriatrie".

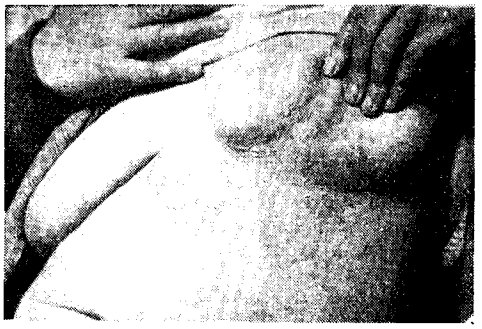
colective de cercetări științifice, reorganizate sau în majoritatea cazurilor, nou-înființate: *Institutul de fiziologie normală și patologică, Institutul de endocrinologie, Institutul de neurologie București, Institutul de inframicrobiologie, Institutul de microbiologie, epidemiologie și parazitologie „Dr. I. Cantacuzino"*, *Institutul de anatomie patologică „V. Babeș"*, *Institutul de igienă și protecția muncii, Institutul de cercetări farmaceutice și control al medicamentului, Institutul de ftiziologie, Institutul de expertiză și recuperare a capacității de muncă, Institutul de medicină judiciară „Mina Minovici"*, *Institutul de balneologie și fizioterapie, Institutul oncologic, Institutul de geriatrie* și altele. Unele din aceste institute posedă filiale sau colective ajutătoare în alte centre științifice medicale. Partidul și guvernul pun la îndemîna cercetătorilor documentarea, aparatura și mijloacele tehnice cele mai perfecționate, în vederea rezolvării unor probleme de mare interes pentru sănătatea publică.

insuficiență cardiacă, incapacitatea inimii de a alimenta cu sînge țesuturile și viscerele organismului, pe măsura nevoilor acestora. Reprezintă stadiul avansat al majorității bolilor inimii și se datorește scăderii forței contractile a miocardului, urmată de dilatarea treptată a inimii. Printre obstacolele care îngreunează munca inimii sînt mai rar defectele intracardiace din bolile congenitale, dar mai ales cardiopatiile valvulare cronice, ca și modificările inflamatoare sau de irigație ale miocardului, care au loc în reumatism sau în boala coronariană. Alteori, miocardul este sănătos și capabil de a-și duce munca de pompare a sîngelui, dar unele boli împiedică sîngele venos să se întoarcă la inimă. Există trei feluri de insuficiență cardiacă: a) *insuficiența inimii stîngi*, consecutivă hipertensiunii arteriale, afecțiunilor aortei, coronaritelor. Această formă de *insuficiență cronică a inimii stîngi* apare cu dispnee de efort progresivă, care cu vremea se instalează și seara sau în poziție culcată. În forma de *insuficiență acută a inimii stîngi*, ea se traduce prin crize bruște de dispnee: astm cardiac și edem pulmonar acut; *b) insuficiența inimii drepte*, de obicei consecința unui baraj în circulația pulmonară, provocat de o boală cronică de plămîni sau de unele cardiopatii congenitale. Tulburările prezente în această formă de insuficiență cardiacă se datoresc stagnării sîngelui în venele gîtului care proemină, în ficatul care se congestionează și devine dureros și în țesuturi; picioarele se umflă din cauza edemului. Un alt semn important în acest tablou este cianoza (învineața) provocată de insuficienta oxigenare a sîngelui în plămîni; c) *insuficiența totală a inimii*, avînd ca simptome comune ambelor insuficiențe: dispnee, cianoză, vene proeminente la gît, ficat mare și edeme. Toate aceste semne care traduc suferința inimii se șterg aproape complet, dacă se instituie un tratament corect în stare să reducă munca miocardului și să-i mărească forța de contracție. Mijloacele pentru a obține aceasta sînt: 1) repaus la pat sau în fotoliu; 2) regim alimentar cu îndepărtarea sării și care cuprinde în general zeamă de fructe și de legume, carne fiartă, glucide; 3) tonicardiace, dintre care cele mai folosite sînt preparatele de digitală și strofantină; 4) diuretice (Uroflux, Diuramid, Nefrix) pentru creșterea diurezei spre a ușura munca inimii.

insuficiență renală acută, sindrom caracterizat prin încetarea bruscă și completă sau aproape completă a funcțiilor rinichiului (nu se mai produce urină, spre deosebire de „retenția acută", în care urina nu se mai elimină din vezică). Survine în intoxicații, infecții (avort provocat), stări de șoc cu pierderi mari de lichide și reducerea debitului renal (comă diabetică, diaree prelungită, hemoragii) și se traduce prin anurie.

intertrigo, inflamație a pielii, care apare la locurile unde pielea face cute, în regiunea inghinală, plica fesieră, între degete, sub sîni la femeie etc., ca rezultat al unei infectări cu streptococ sau ciuperci parazitare. Boala este favorizată de frecarea suprafețelor de piele una peste cealaltă și de umiditatea caracteristică acestor regiuni. Intertrigo poate să apară și în urma uscării insuficiente a pliurilor pielii după baie sau la sugari, datorită ingrijirii insuficiente. La nivelul intertrigo-ului, pielea devine umedă, roșie, roșeața se răspîndește

simetric de ambele părți ale pliului, uneori apărînd fisuri superficiale. Profilaxia constă în păstrarea curățeniei, spălarea pliurilor pielii cu soluție de acid boric (o linguriță de ceai la un pahar de apă fiartă), cu soluție roz-pal de hipermanganat de potasiu urmată de uscarea cu



Intertrigo.

grijă și pudrarea din abudență cu pudră de talc. La sugari se recomandă ungerea pliurilor pielii de cîteva ori pe zi cu ulei vegetal sterilizat sau cu vaselină. Tratamentul comportă comprese cu soluții dezinfectante, înlocuite apoi de mixturi și pudraje. Între suprafețele de contact ale pielii se pun comprese sterile de tifon sau bucăți de pînză călcate cu fierul încins. Nu se pune vată.

intoxicații. Intoxicațiile acute sînt cazuri în care trebuie intervenit repede și cu pricepere. Principalele indicații generale sînt: să se înlăture din organism sau să se neutralizeze toxicul; să se asigure transportul rapid al intoxicatului la spitalul cel mai apropiat; să se procedeze cu calm și, înainte de toate, să nu se facă nimic care ar putea dăuna celui intoxicat. În intoxicația cu oxid de carbon (sobe defecte, mangal) sau provocate de defecte ale instalației de gaze naturale sau de aragaz, se scoate bolnavul la aer curat, i se face respirație artificială, dacă este posibil i se administrează oxigen; se mai recomandă fricționarea corpului și a extremităților, termofoare, ceai fierbinte tare sau cafea. În intoxicația cu sodă caustică se vor da mult lapte, apă cu oțet (o lingură la un pahar), suc de lămîie, apă cu albuș de ou bătut. În intoxicația cu acizi (acid sulfuric, apă tare) se dau apă amestecată cu săpun, apă cu albușuri de ou bătute, lapte, ulei de floarea soarelui sau alte grăsimi. *Foarte important*: în intoxicațiile cu substanțe caustice (acizi, baze) nu trebuie provocate vărsături, nu trebuie făcută spălătura gastrică, pentru a nu perfora esofagul sau stomacul. În intoxicațiile cu substanțe necunoscute (cînd există convingerea că nu sînt cauzate de substanțe caustice) sau în intoxicațiile alimentare se provoacă vărsături prin atingerea omușorului și se practică spălătura stomacului prin administrarea unei cantități cît mai mari de apă caldă (la 30—35°), urmată de provocarea vărsăturilor. În intoxicația cu alcool se desface bolnavului gulerul, se slăbește cureaua de la pantaloni, i se stropește fața cu apă rece și i se dă cu linguriță cafea tare fierbinte. În intoxicația cu somnifere se spală stomacul, se administrează un purgativ și dacă bolnavul este încă semiconștient, i se dă cafea tare și nu va fi lăsat să adoarmă pînă va ajunge la spital. *Intoxicația accidentală la copil*, stare patologică consecutivă introducerii în organism a unei substanțe care alterează în proporție variabilă manifestările vitale.

Această categorie de accidente poate fi prevenită în proporție de 100% printr-o supraveghere adecvată a copilului. Ele se explică prin lipsa de discernămînt a copilului mic, prin tendința lui de a introduce în gură orice îi cade în mînă, precum și prin toleranța lui scăzută la diverse substanțe medicamentoase. Noțiunea de substanță toxică este convențională, fiindcă nu numai substanța toxică propriu-zisă (foarte rară în gospodărie) produce accidente la copil, ci și medicamentele ingerate în doză mare. Dintre *substanțele toxice propriu-zise* citățm soda caustică (întrebuințată mai ales în mediul rural la prepararea săpunului de casă), care produce ulcerații și necroze foarte grave ale gurii și esofagului mai ales. Ulcerațiile esofagului pot duce fie la perforație (ceea ce antrenează moartea rapidă prin infecție), fie, după un interval de 1—2 săptămîni la stenozele esofagului, cu imposibilitatea de alimentație și cu denutriție gravă. *Tratamentul* stenozelor esofagiene postcaustice este deosebit de greu la copil și se însoțește de o mare mortalitate. În ultima vreme s-au înregistrat intoxicații cu substanțe insecticide organofosforate, în urma consumării fructelor și zarzavaturilor (nespălate) din grădini stropite cu aceste insecticide foarte toxice. Boala se manifestă prin tulburări ale sistemului nervos central: stare de excitație sau torpoare, lăcrimare, dureri abdominale, vărsături și diaree, convulsii, apoi icter grav. Gravitatea este în funcție de vîrsta copilului, de cantitatea de toxic absorbită și de precocitatea unui tratament corect. Dintre *medicamentele* care provoacă intoxicații pot fi citate: romerganul, luminalul, atropina (destinate adulților care locuiesc în casă). Luîndu-le drept bomboane, cu atît mai mult cucît multe din ele nu au un gust rău, copii de 2—3 ani le înghit cu ușurință mai ales cînd le este foame (cu 1—2 ore înainte de ora mesei). Intrucît simptomele produse de ingestia medicamentului sînt foarte variate, de multe ori părinții aduc tîrziu copilul la medic. Aceasta se întîmplă mai ales cînd părinții nu constată imediat dispariția medicamentului sau cînd consumul său a avut loc seara și copilul a adormit curînd după aceea. Profilaxia intoxicațiilor constă în supravegherea atentă a copilului și în ținerea sub cheie a tuturor substanțelor toxice și a medicamentelor din casă. Părinții trebuie să ducă copilul la medic

la primele semne de boală pentru ca tratamentul să poată fi eficace.

intradermoreacție, probă biologică folosită uneori în diagnosticul unor boli infecțioase, alteori pentru aprecierea stării de rezistență a organismului față de anumite boli contagioase. Tehnica reacției constă în injectarea unei anumite substanțe (extrase sau toxine ale unui anumit agent patogen) în grosimea pielii (intradermic) și observarea reacției locale care se produce. Reacția este negativă cînd pielea rămîne de culoare normală după termenul fixat pentru citirea reacției respective; într-o reacție pozitivă, pielea se înroșește la nivelul injecției pe o suprafață de cîțiva cm^2 sau chiar mai mult. In intradermoreacțiile de tip alergic, reacția pozitivă este produsă de fenomenele alergice rezultate din unirea anticorpilor preexistenți în organism cu substanța injectată intradermic (antigen extras din agentul patogen respectiv) și arată existența acelei infecții în organism. Dimpotrivă, o reacție negativă arată că nu există anticorpi față de antigenul injectat și că deci organismul nu suferă de boala respectivă. *Exemplu*: intradermoreacția cu tuberculină în diagnosticul tuberculozei; cu maleină în diagnosticul brucelozei și altele. În intradermoreacțiile de imunitate, reacția pozitivă este produsă de substanța injectată (toxina unui microb anumit) atunci cînd lipsesc anticorpi în organism care să neutralizeze această toxină, arătînd că organismul respectiv nu este imun față de infecția respectivă. Dimpotrivă, o reacție negativă arată, că anticorpii preexistenți în organism au neutralizat toxina injectată și că deci organismul respectiv este imun față de acea infecție. *Exemplu*: intradermoreacție Schick, care se face pentru a depista copiii receptivi și cei imuni față de difterie. La fel, reacția Dick pentru scarlatină.

invaginația intestinală a sugarului, formă de ocluzie intestinală produsă prin pătrunderea unui segment intestinal în segmentul imediat următor. Boala începe brusc, în plină sănătate, la sugari între 4 și 7 luni (de obicei), prin dureri violente abdominale care survin în crize; între crize copilul se liniștește și pare normal. Crizele se repetă, apar vărsături, scaune sanguinolente (sînge pur sau mucozități sanguinolente), oprirea materiilor fecale și a gazelor, alterarea rapidă a stării generale. Dacă boala nu este diagnosticată și nu se intervine operator în primele 20—24 de ore (de obicei), copilul nu mai poate fi salvat; urmează o agravare a semnelor locale și generale, moartea survenind la 4—5 zile de la debut.

invaliditate, pierderea parțială sau totală, temporară sau definitivă, a capacității de muncă, din cauză de boală sau accident. Legislația țării noastre prevede trei grupe de invaliditate, și anume: *grupa I*, în care se încadrează cei care și-au pierdut total capacitatea de muncă și trebuie îngrijiți de o altă persoană: *grupa a II-a*, cuprinzînd invalizii care nu mai pot lucra în nici o profesiune, dar nu au nevoie de ajutorul permanent al altei persoane; *grupa a III-a* cuprinzînd persoanele care mai posedă capacitatea de a munci un număr redus de ore în profesiunea lor sau într-o profesiune mai ușoară. Stabilirea cauzei (boală profesională, accident de muncă etc.) și a gradului de invaliditate se face de către serviciul raional de expertiză medicală a capacității de muncă, fixîndu-se cuantumul pensiei în raport cu prevederile legii.

invazie, perioadă de început în bolile contagioase, cînd nu au apărut încă simptomele caracteristice ale bolii respective, diagnosticul clinic al bolii fiind mai greu. Mai evident, perioada de invazie apare în bolile eruptive, unde este numită și perioada preeruptivă. Astfel, în rujeolă invazia durează 3—4 zile, după care apare erupția caracteristică; în scarlatină invazia durează 24—36 de ore, în tifosul exantematic 4—7 zile, în febra tifoidă 7 zile.

Ionescu-Mihăiești Constantin (1883—1962), bacteriolog și imunolog romîn, profesor la Institutul de medicină și farmacie din București, membru al Academiei R.P.R., a fost unul din cei mai demni reprezentanți ai școlii românești de medicină experimentală fondată de I. Cantacuzino. A publicat lucrări importante de imunologie generală și studii privind epidemiologia poliomielitei, patogenia tuberculozei, tehnica preparării diverselor seruri și vaccinuri.

Ionescu Thoma (1860—1926), chirurg și anatomist romîn. După studii strălucite la

Thoma Ionescu.

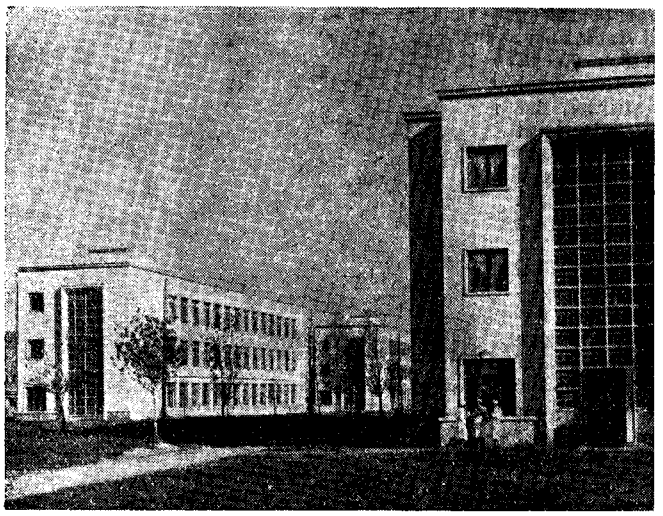
Paris, care îi deschideau perspectiva unei cariere universitare în Franța, preia conducerea Catedrei de clinică chirurgicală, anatomie topografică și chirurgie experimentală la Facultatea de medicină din București. La acea dată, competența sa de anatomist era atît de apreciată, încît i s-a încredințat redactarea uneia din secțiunile principale ale celui mai important tratat de specialitate apărut în Franța. Curînd, renumele de chirurg al lui Thoma Ionescu l-a întrecut pe cel de anatomist. Tehnicile propuse de el în intervențiile pe uter și asupra sistemului nervos vegetativ au căpătat rapid extindere în toată lumea. De un răsunet deosebit s-au bucurat lucrările lui Thoma Ionescu privind rahianestezia înaltă (practicată în porțiunea superioară a coloanei vertebrale), ceea ce i-a permis să efectueze, în deplină securitate, operații altfel greu de realizat la acea epocă. La începutul secolului a întreprins un turneu științific triumfal în Anglia și S.U.A., demonstrînd atît îndemînarea sa de operator, cît și avantajele metodei romînești de rahianestezie. Și astăzi, în vestita Clinică Mayo de la Rochester se află bustul compatriotului nostru. Marele merit al lui Thoma Ionescu este acela de a fi creat în țara noastră o remarcabilă școală de chirurgie.

ipohondrie, convingere greșită în existența unor boli imaginare. Bolnavul este convins că suferă de cancer, că are o boală gravă de plămîni, de inimă, că i-au pătruns în creier sau în corp diferite obiecte sau animale („bolnavul închipuit"). Orice senzație care o percepe, durere de stomac, durere de cap, amețeală, o interpretează drept simptom al bolii pe care și-o închipuie că o are. Această stare o pot prezenta unii nevropați (vezi nevroze), însă caracterul ipohondriei este mai puțin alarmant (de exemplu, un cancer imaginar). La bolnavii cu mari tulburări psihice (vezi paranoia, schizofrenie, melancolie), ipohondria este absurdă și capătă un caracter delirant (vezi delir). În cazul nevrozelor, odihna, munca de convingere, sugestia, duc treptat la vindecarea acestei tulburări; în celelalte boli psihice, tratamentul este individualizat și aplicat numai după precizarea cauzei.

iradiație, boală care apare la un organism expus unei radiații corpusculare cu acțiune nocivă, pe o perioadă de timp și la o cantitate de doză mai mari de cît valorile admise. Expunerea în timp și intensitatea radiațiilor variază de la o sursă la alta și de la un organism la altul. Astfel, radiația cosmică (naturală) acționează permanent asupra tuturor viețuitoarelor fără a avea efecte de îmbolnăvire a lor. Iradiația naturală este însă mărită ca intensitate prin adăugarea unor iradiații din surse artificiale (aplicarea izotopilor radioactivi în agrozootehnică, în industrie, în medicină, apoi examenele radioscopice și radiografice, dar mai ales în urma experimentării armelor nucleare). Diferitele țesuturi reacționează diferit la aceeași doză de radiații: astfel, cele mai sensibile sînt glandele sexuale, ochiul, organele hematopoietice. Urmează mușchii, țesutul grăsos, ficatul, rinichii, pancreasul, prostata, tubul digestiv, plămînii. Cele mai rezistente sînt: pielea, glanda tiroidă și oasele. Boala de iradiație studiată pe cazurile accidentale și pe cele provenite din Hiroșima și Nagasaki este clasificată în funcție de posibilitatea de vindecare a leziunii (în 4 grade: ușoară, medie, gravă și mortală). Pentru primele trei forme se confirmă gradele de sensibilitate a țesuturilor arătate mai sus, boala începînd prin leziuni oculare și ale măduvei hematopoietice (leucopenie inițial, apoi o perioadă de leucocitoză urmată de scăderea gravă a leucocitelor, a eritrocitelor și a trombocitelor, anemie greu de tratat). Starea generală este alterată și funcția organelor interne (ficat, rinichi) modificată în sens patologic. În boala de iradiație foarte gravă (mortală), aceste modificări ale sîngelui nu mai au timp să se instaleze, boala evoluînd într-un timp foarte scurt, cu sfîrșit mortal.

isterie, de la cuvîntul grecesc *hysteros* = uter, una din cele trei feluri de nevroză (nevroza isterică sau pitiatică — de la denumirea preotesei Pythia din oracolul de la Delphi din Grecia antică). De obicei, bolnavii isterici, înainte de apariția bolii, au un comportament mai deosebit: se aseamănă cu copiii alintați, cărora dacă nu li se satisfac capriciile țipă, dau din picioare sau se trîntesc pe jos. La isterici este vorba deci de un tip de sistem nervos foarte labil, unde predomină procesele de excitație corticală și în care găsim un comportament infantil. Ca și în cazul copilului needucat, care dorește să-și satisfacă numai dorințele și nevoile sale, istericul reacționează la fel și, întrucît are această structură egocentrică (*el* are nevoi mai mari, *el* munceşte mai mult, *el* suferă mai mult etc.), înseamnă că afișarea stării sale în scopul convingerii celor din jur nu poate să apară de cît atunci cînd poate fi văzut de aceștia. Cu toate acestea, bolnavul este convins de suferința sa, de aceea isterici trebuie tratat cu toată grija, el nefiind bolnav imaginar sau simulant. Pe fondul comportamentului obișnuit al acestora, mai ales după emoții mari, după eforturi fizice sau psihice, după accidente sau diferite boli generale sau locale, febră, plăgi, poate să apară criza isterică propriu-zisă. Isteria poate să îmbrace formele de manifestare a multor boli, cum sînt: *convulsiile isterice,* care imită criza de epilepsie (însă bolnavul nu se lovește cînd cade, nu prezintă tulburări obișnuite ale epilepsiei); *paraliziile isterice,* unde însă la o examinare atentă făcută de medic se constată caracterul isteric al paraliziei (reflexele sînt normale, paralizia nu are aspectul celor cauzate de o leziune nervoasă); *anesteziile isterice* în diferite zone ale corpului care, atunci cînd sînt înțepate adînc, bolnavii nu reacționează, ca și cînd acolo ar exista o anestezie în realitate; *pierderea posibilității*

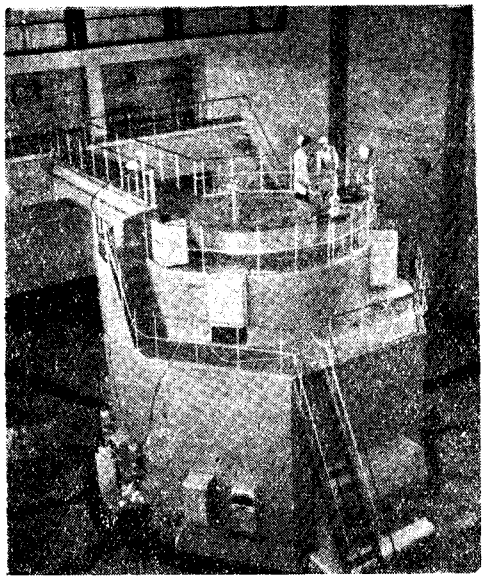
de a vorbi (mutism isteric), deşi nu există nici-o cauză organică (leziune) care să o producă. Isteria este o boală vindecabilă, dar pentru aceasta bolnavul trebuie scos din mediul care i-a declanşat criza, fiind necesară o muncă perseverentă de reeducare, dusă cu multă grijă şi cu toată înţelegerea (vezi psihoterapie). Termenul de isterie este întrebuinţat în vorbirea curentă incorect, pentru a arăta o exagerare a impulsului sexual sau o surexcitare emoţională violentă.



Izolarea în spitalul de boli contagioase este în interesul bolnavului şi al colectivităţii.

Ivanovski Dmitri Iosifovici (1864—1920), botanist, microbiolog şi inframicrobiolog rus. Este unul din fondatorii virusologiei prin descoperirea virusului mozaicului tutunului, primul germene inframicrobian pus în evidenţă. Ivanovski a demonstrat că una din formele bolii frunzelor de tutun se datoreşte unui virus care străbate filtrele fine, capabile să reţină microbii obişnuiţi. În celulele bolnave, el a pus în evidenţă anumite cristale formate din însuşi virusul mozaicului tutunului.

izolare, metodă folosită în epidemiologie pentru combaterea răspîndirii bolilor contagioase. Bolnavii cu boli contagioase sînt izolaţi pentru a nu intra în contact cu alte persoane cărora să le poată transmite boala. Izolarea se face obligatoriu în spitalul de boli contagioase pentru bolile contagioase prevăzute în grupa A (febră tifoidă, dizenterie, poliomielită, scarlatină, difterie) şi facultativ în spital pentru bolile din grupa B (tuse convulsivă, rujeolă, varicelă, parotidită epidemică), care se izolează la domiciliu. Durata izolării este diferită pentru fiecare boală, corespunzînd



La Institutul de fizică atomică se prepară izotopi radioactivi şi pentru medicină.

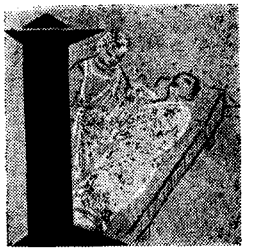
Se efectuează scintigrama tiroidei după injectarea de iod radioactiv.

cu perioada de contagiozitate a bolii respective. Se izolează şi contacţii unor anumite boli foarte contagioase (variolă). În aceste cazuri, durata izolării corespunde cu incubaţia maximă a bolii respective (vezi carantină).

izotopi radioactivi, atomii cu proprietăţi chimice identice cu ale unor elemente dar cu însuşiri radioactive diferite (iod radioactiv, cobalt radioactiv, fosfor radioactiv). Aceşti izotopi radioactivi şi-au găsit o utilizare tot mai largă în multe domenii ale ştiinţei, dar mai ales în medicină şi biologie. Aici ei sînt folosiţi ca mijloc de tratament (leucemie, hipertiroidie, tumori maligne) sau în scopul studierii unor funcţii (viteza sîngelui şi durata de viaţă a globulelor sanguine, starea de funcţionare a rinichiului, tiroidei).

izvor de infecţie (rezervor de germeni), mediul care oferă condiţii de păstrare, înmulţire, concentrare şi răspîndire a agentului patogen. Rezervoarele de germeni în natură sînt reprezentate de om şi animale. Descoperirea şi înlăturarea unei surse de infecţii duc la încetarea răspîndirii bolii.

Instalaţie de protecţie la manipularea izotopilor radioactivi



încălzire. Pentru a fi igienică, instalația de încălzire a locuinței trebuie să corespundă pe cît posibil următoarelor norme: să asigure o temperatură între 18 și 22°; să mențină o temperatură cît mai constantă, fără abateri mai mari de 3° în plus sau în minus; să nu vicieze aerul prin degajarea de gaze rezultate din ardere. Dintre sobe, cele de teracotă sînt preferabile celor de tuci sau de tablă. Sobele de metal se încing prea tare și răspîndesc un miros neplăcut prin arderea prafului și a vopselei de pe ele. Apoi, sobele de metal încălzesc încăperea pe un timp scurt, dau o temperatură neuniformă și inconstantă. De aceea, ele nu sînt potrivite pentru încălzirea încăperilor locuite. De asemenea, diferitele aparate de încălzit cu petrol sau butelie de aragaz sînt nesănătoase dacă nu există o cale de evacuare, în afara camerei, a gazelor rezultate din ardere. Mai igienică este instalația de încălzire centrală, care asigură o temperatură uniformă și aproape constantă, fără a expune la inconvenientele anunțate mai sus. Însă caloriferul usucă prea mult aerul. De aceea se recomandă a ataşa la radiatoare vase dintr-un material poros, permanent umplute cu apă, care vor completa prin evaporare umiditatea necesară în vederea obținerii unui aer plăcut și sănătos. Cel mai potrivit sistem de încălzire, care corespunde în totul cerințelor igienei, asigurînd o temperatură constantă, reglabilă după voință și primenirii aerului din încăperi este instalația de *aer condiționat.*

împachetare, procedură hidroterapică, care constă în învelirea bolnavului gol, la început într-un cearșaf udat în apă rece (temperatura 15,20,25°), fiind acoperit apoi cu o pătură groasă de lînă. Durata procedurii este de 15 pînă la 60 de minute, după care bolnavului i se face o afuziune sau spălare cu apă caldă, și este apoi friționat, energic cu un cearșaf uscat. Împachetările de scurtă durată sînt indicate ca mijloace antitermice și excitante în boli infecțioase și stări depresive; împachetările de durată medie — ca proceduri sedative în insomnii și în excitații ale sistemului nervos iar cele de lungă durată ca mijloace sudorifice în obezitate, gută, intoxicații cronice, uremie. Împachetările pot fi și uscate, corpul fiind acoperit direct cu o pătură aspră, fără cearșaf. De asemenea împachetările se mai pot face cu nămol, parafină, nisip.

înec; primul ajutor care se acordă în caz de înec urmărește eliberarea căilor respiratorii de secreții, după care se trece la respirația artificială. Înecatul trebuie așezat aplecat, cu capul în jos, pentru a i se scurge apa din căile respiratorii și stomac, apoi i se curăță gura și nasul de pămînt, mucozități, cu ajutorul degetului înfășurat în batistă. Pentru respirație artificială poate fi folosită metoda romînească. Victima este așezată pe spatele salvatorului, avînd coapsele sprijinite pe umerii acestuia și cu capul atîrnînd în jos. Salvatorul pornește cu pași repezi, fapt care favorizează scurgerea apei înghițite și realizează în același timp respirația artificială și masajul inimii prin mișcările de apropiere și depărtare a toracelui victimei de spatele salvatorului. Se continuă respirația artificială pînă la reluarea respirației normale, după care victima va fi **fricționată,** învelită bine și încălzită treptat.

înțărcare, suprimarea totală a laptelui matern din alimentația sugarului. Cel mai bun aliment pentru sugarul din primele 5—6 luni este laptele de mamă, orice alt preparat lactat fiindu-i inferior în această perioadă. Pînă la 2—3 luni, în afară de lapte de mamă, se poate recomanda numai un adaos de suc de fructe și legume (dacă sugarul nu are tulburări digestive) însă după vîrsta de 5—6 luni este necesară diversificarea alimentației. Prima masă a alimentației diversificate este făinosul cu lapte (griș, făină de orez), care se introduce la 5–6 luni; a doua masă este pireul de legume (cartofi, morcovi, dovlecei, spanac), care se introduce de la 6—7 luni. În lunile următoare se diversifică treptat alimentația pînă la 9—12 luni cînd se

poate recomanda suprimarea totală a laptelui de mamă (înţărcarea). Aceasta nu se face brusc într-o zi, ci treptat, în decursul unei perioade de 2—3 săptămîni (perioada de ablactare), în care are loc înlocuirea laptelui de mamă cu lapte de vacă, de preferinţă preparat din lapte praf. În acest fel, adaptarea copilului la noul aliment se face mai uşor şi tulburările digestive survin mai rar de cît în cazul cînd întreruperea alăptării se face brusc. Înţărcarea nu trebuie să se facă în lunile de vară, cînd, din cauza căldurii, secreţiile gastrice şi intestinale ale sugarului scad, îngreunînd şi mai mult digestia laptelui de vacă şi înlesnind înmulţirea microbilor din intestin şi deci diareea. La acest factor se adaugă şi posibilitatea sporită în timpul verii de contaminarea laptelui din biberon cu diferiţi microbi, ceea ce constituie un alt neajuns faţă de sterilitatea laptelui matern în cazul alăptării la sîn.

Învăţămîntul medical în ţara noastră. Cel dintîi proiect de organizare a unei şcoli de medicină la Bucureşti datează din 1832, cînd s-a redactat un regulament general al şcolilor din Ţara Romînească, dar, din păcate, înfiinţarea instituţiei de învăţămînt medical plănuite nu a mai avut loc. În 1839 a început să funcţioneze la Bucureşti o *Şcoală de moaşe*, condusă de doctorul Iosif Sporer. Un eveniment deosebit a fost deschiderea, în 1842, a *Şcolii de chirurgia cea mică* de la Spitalul „Colţea", iniţiată de doctorul Nicolae Kretzulescu. Aceasta este prima instituţie de învăţămînt medical romînesc. În 1855, Carol Davila obţine înfiinţarea *Şcolii ostăşeşti de chirurgie* pe lîngă Spitalul de la Mihai Vodă, prin contopirea a două modeste cursuri medicale existente anterior. Peste doi ani, şcoala de la Mihai Vodă devine *Şcoala naţională de medicină şi farmacie*, ale cărei diplome sînt recunoscute de guvernele francez şi italian. Abia în noiembrie 1869 îşi deschide cursurile *Facultatea de medicină din Bucureşti*, cu un corp didactic recrutat în bună parte dintre absolvenţii şcolii lui Davila, care îşi desăvîrşiseră apoi instrucţia ştiinţifică în străinătate. La Iaşi a fost întemeiată, în 1852, *Şcoala de moşit*, în cadrul Institutului gregorian. În 1859—1860, doctorul Nicolae Negură a predat în acest oraş un curs de chirurgie, care însă nu a putut dobîndi continuitate. Asemenea cursuri efemere au mai ţinut în capitala Moldovei medicul colonel Iacob Cihac, pentru pregătirea personalului sanitar militar (1859), şi chirurgul Ludovic Russ-senior (1863). După o serie de încercări nereuşite, *Facultatea de medicină din Iaşi* şi-a deschis cursurile în anul 1879. Către sfîrşitul secolului a fost organizat în Bucureşti învăţămîntul farmaceutic de grad superior, ca în 1923 să se înfiinţeze facultăţi de farmacie, incluse ca atare în cadrul universităţilor existente. La Cluj fusese fondat în 1775 *Institutul medico-chirurgical*, şcoală la care a predat, printre alţii, oftalmologul romîn Ioan Piuariu-Molnar. Această şcoală a fost transformată în 1872 în facultate. Actuala *Facultate de medicină din Cluj* a fost organizată în 1919, printre cei dintîi profesori ai ei numărîndu-se Victor Babeş şi Constantin Levaditi. După 23 August 1944, măsurile luate de regimul nostru democrat-popular privind ocrotirea sănătăţii maselor muncitoare s-au concretizat şi în înfiinţarea unor noi instituţii de învăţămînt medical superior şi mediu. Astfel în 1945 au fost deschise *Facultăţile de medicină din Timişoara şi Cluj*. În 1948, o dată cu reforma învăţămîntului toate facultăţile devin *Institute de medicină şi farmacie*, care desfăşoară o rodnică activitate de pregătire a cadrelor care vor asigura deservirea medicală a oamenilor muncii. Din 1952 iau naştere forme speciale de perfecţionare şi specializare a medicilor şi farmaciştilor, după terminarea studiilor universitare. Numeroase şcoli de asistenţi medicali şi tehnicieni sanitari pregătesc cadrele medii necesare bunei funcţionări a sistemului nostru de sănătate publică.

Jecoris oleum (untură de peşte), ulei obţinut din ficatul proaspăt al peştelui Gadus morrhua L. şi al altor specii de Gadus (Gadidae). Componenţii principali ai unturii de peşte sînt vitaminele A şi D, precum şi grăsimi conţinînd acizi graşi nesaturaţi şi saturaţi. Untura de peşte este un lichid limpede, galben-deschis cu miros de peşte şi gust caracteristic. Nu trebuie să prezinte miros străin sau rînced, nici după uşoară încălzire. Spre deosebire de preparatele sintetice (soluţii uleioase buvabile, drajeuri, fiole) unde vitaminele A şi D sînt dozate cu precizie, concentraţia acestor două vitamine în untura de peşte este variabilă în limite foarte largi. Se admite totuşi că untura de peşte trebuie să conţină cel puţin 600 u. i. vitamină A şi cel puţin 85 u. i. vitamină D la un gram. Untura de peşte are un puternic efect antirahitic. În ţările cu climă temperată, se administrează copiilor, în raport cu indicaţiile medicului, în timpul sezonului friguros. Copiii care iau acest produs se dezvoltă bine şi sînt mai rezistenţi la îmbolnăvire. Se păstrează la rece şi se dă de obicei cu măsline, varză acră, o felioară de lămîie etc., pentru a i se corecta gustul.

Jenner Edward (1749—1823), medic englez. În 1796 a demonstrat că omul căruia i se inoculează vaccina vacilor devine imun faţă de variolă. Această metodă de vaccinare preventivă preconizată de Jenner a permis ulterior înlăturarea ameninţării „vărsatului negru" care bîntuia cu furie în întreaga Europă. Trebuie menţionat că popoarele orientale, şi chiar locuitorii Peninsulei Balcanice, cunoşteau din timpuri străvechi diverse procedee de prevenire a îmbolnăvirii de variolă (de pildă, prin scăldarea copiilor mici în lapte muls de la animalele cu pustule vaccinale pe uger).

Jianu Amza (1881—1962), chirurg romin, profesor la Facultatea de medicină din Iaşi şi apoi la Bucureşti. A efectuat cercetări asupra substanţelor anestezice şi a propus tehnici operatorii originale în chirurgia reparatoare a stomacului rezecat, în tratamentul chirurgical al paraliziei faciale, în chirurgia ortopedică. A fost unul din reprezentanţii eminenţi ai şcolii romîneşti de chirurgie experimentală.

Edward Jenner.

Kalinderu Nicolae (1835—1902), clinician romîn, profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti, promotorul orientării anatomo-clinice în medicina romînească. Este autor al unor valoroase lucrări despre meningita tuber-

Nicolae Kalinderu

culoasă, anevrismul aortic, miopatii etc. A întreprins, cu colaborarea lui Babeş şi Petrini Paul, o serie de cercetări remarcabile asupra clinicii şi anatomiei patologice a leprei.

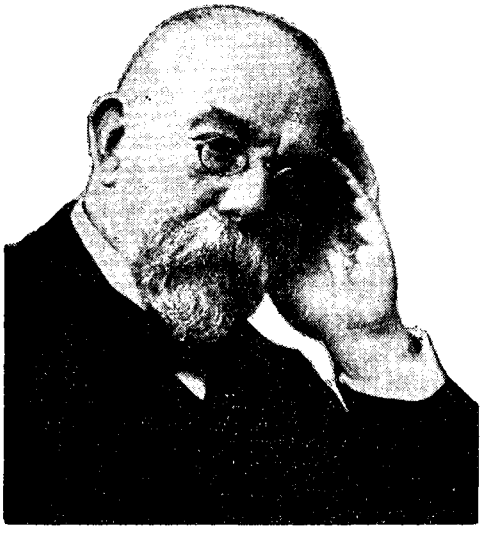
Karlovy Vary (Karlsbad), staţiune balneară din Republica Socialistă Cehoslovacă, bine cunoscută în întreaga lume. Apele minerale din staţiune izvorăsc la temperaturi de 40—72° şi au o compoziţie alcalină şi cloruro-sodică. Ele se prescriu în boli de stomac, intestine, ficat şi căi biliare, precum şi în boli de nutriţie, genito-urinare, reumatismale, respiratorii.

keratită, inflamaţie a corneei. În keratite, corneea devine tulbure, îşi pierde luciul, conjunctiva este congestionată, putînd apărea vase superficiale sau profunde în cornee. Pacientul are dureri, vedere înceţoşată, lăcrimare şi fotofobie. Cauzele pot fi interne (afecţiuni generale ale organismului) sau externe. Dintre cauzele externe menţionăm: herpesul corneean, ulcerul serpiginos, supuraţia corneană survenită în urma unei eroziuni corneene infectate. Eroziunea poate fi provocată de corpi străini: spic de grîu, în timpul secerişului, de unde şi numele de ulcerul secerătorilor, bucăţele de piatră, cărbune, şpan etc. Dintre cele interne superficiale, keratita flictenulară (exematoasă, scrofuloasă) are drept cauză infecţia tuberculoasă latentă. Ea survine mai ales în copilărie, avînd caracter recidivant. Sifilisul congenital poate da manifestări profunde în cornee, la copii şi adolescenţi, cu evoluţie lungă, bilaterală. Varicela, variola, zona zoster, gonoreea pot provoca keratite. Profilaxia va consta în protecţia ochilor, faţă de accidente cu ochelari, ecrane, prezentarea la medic imediat după accident, tratamentul sifilisului mamei şi copilului. Tratamentul se adresează cauzei care a provocat keratita. Opacităţile corneene rămase, dacă alterează vederea, se pot înlocui cu transplante corneene clare de la ochi de cadavru.

keratoconus, deformare conică a corneei. În mod normal, corneea prezintă aspectul unui segment de sferă, avînd o curbură egală în toate meridianele, raza de curbură medie fiind de 7,8 mm. În caz de keratoconus, centrul corneei îşi pierde forma sferică, luînd aspectul unui vîrf de con. Această modificare de formă a corneei este însoţită de o scădere accentuată a vederii datorită modificării refracţiei. De-

fectul de refracție produs de keratoconus nu poate fi corectat prin lentile de ochelari, ci numai prin lentile de contact, care se aplică direct pe ochi. Într-o fază mai avansată, cînd se produc opacități degenerative ale corneei se indică tratament chirurgical prin transplantare de cornee.

Koch Robert (1843—1910), bacteriolog și imunolog german. Păşind cu mult curaj pe calea deschisă de Pasteur, a contribuit la afirmarea pe plan practic și teoretic a bacteriologiei și imunologiei. Koch și-a început răsunătoarele-i cercetări ca simplu medic de țară. A descoperit microbul care produce dalacul, completînd astfel studiile lui Pasteur asupra infecției cărbunoase. A cercetat apoi flora bacteriană din rănile infectate. Faima mondială a dobîndit-o în 1882, cînd, după eforturi neobosite, a pus în evidență agentul patogen al tuberculozei, așa-numitul bacil Koch. La un an după aceasta, Koch a descoperit vibrionul holerei. Pe temeiul acestor remarcabile descoperiri, savantul a formulat cele trei condiții (triada lui Koch) pe care trebuie să le îndeplinească un germene pentru a fi declarat răspunzător de producerea unei anumite boli: 1) în toate cazurile de îmbolnăvire să fie găsit microbul respectiv; 2) să se obțină o cultură pură a microbului în cauză; 3) boala să se producă prin inocularea culturii la un animal oarecare. Deși oarecum rigidă, această schemă a permis să se pună ordine în cercetările bacteriologice. O deosebită însemnătate prezintă inovațiile



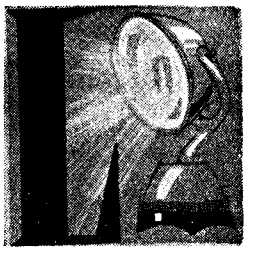
Robert Koch

tehnice preconizate de Koch, ca de exemplu prepararea mediilor de cultură solide, folosirea coloranților de anilină, perfecționarea obiectivului microscopic etc. În 1890, savantul a crezut că a descoperit o metodă sigură de tratament al tuberculozei cu ajutorul unui filtrat de toxină microbiană. Din nefericire, iluziile lui Koch s-au risipit curînd, tratamentul cu tuberculină dovedindu-se nu numai ineficace, dar chiar dăunător. Aceasta nu micșorează însă uriașele merite ale marelui bacteriolog, căruia în 1906 i s-a decernat Premiul Nobel.

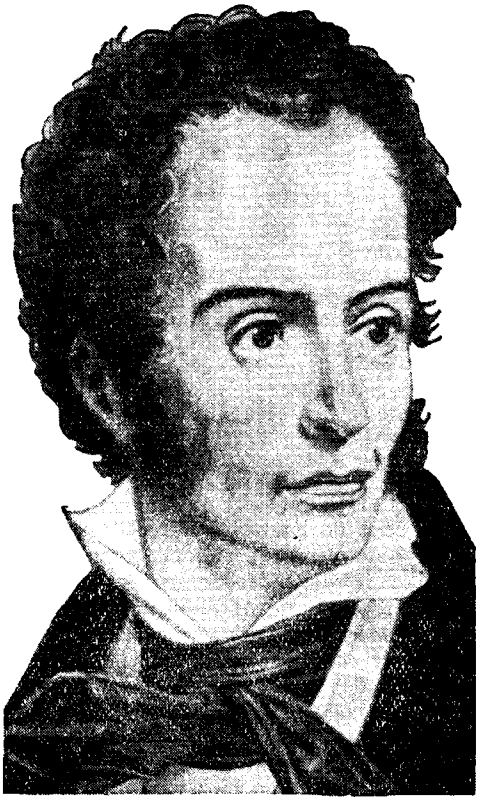
Kretzulescu Nicolae (1812—1900), medic și om politic romîn. Înfruntînd prejudecățile tim-

Nicolae Kretzulescu

pului, care interziceau fiilor de mari boieri să îmbrățișeze o „profesiune liberală", tînărul Kretzulescu devine doctor al Facultății de medicină din Paris. În capitala Franței a făcut cunoștință cu socialistul utopic Fourier. După întoarcerea în țară deschide, în 1842, o școală de mică chirurgie la Spitalul „Colțea", a cărei conducere se vede însă silit să o părăsească în anul următor, datorită lipsei de înțelegere față de interesele școlii din partea boierilor ruginiți din Epitropia Colței. În 1843 apare primul volum al lucrării „Manual de anatomie descriptivă", scris de Kretzulescu, lucrare de mare însemnătate pentru elaborarea terminologiei științifice medicale românești. A participat activ la revoluția din 1848. În timpul domniei lui Alexandru Ioan Cuza a ocupat funcții ministeriale și chiar pe aceea de prim-ministru, contribuind la înfăptuirea programului de reforme antifeudale. Ulterior a fost reprezentantul diplomatic al Romîniei la Berlin, Petersburg, Roma și Paris. Alături de Carol Davila, Kretzulescu este ctitorul învățămîntului medical romînesc.



lactaţie, producerea de lapte de către glanda mamară în perioada de alăptare care succede naşterii. Glanda hipofiză, prin unul dintre hormonii secretaţi de lobul anterior (vezi hipofiză), stimulează dezvoltarea acinilor glandulari şi producerea de lapte în cantitate crescută.



René Laënnec

Lacul-Sărat, staţiune balneară la 5 km de Brăila. Lacul posedă apă sărată, concentrată şi un nămol sapropelic. Se recomandă în bolile aparatului locomotor, genital feminin şi ale sistemului nervos periferic.

Laënnec René (1781—1826), clinician şi anatomopatolog francez. Pornind de la o notaţie din scrierile hippocratice în legătură cu sunetele caracteristice care se aud în cutia toracică în caz de empiem (prezenţă de lichid şi aer), savantul a studiat ani de zile sonoritatea toracică în stările patologice. La început a aplicat urechea direct pe tegument, iar apoi a folosit stetoscopul, un tub dispus între toracele pacientului şi urechea investigatorului, aceasta pentru a obţine sunete mai distincte şi mai nuanţate. Laënnec a comparat datele obţinute printr-o asemenea „auscultaţie" cu cele culese prin alte metode de examen clinic şi cu cele constatate la eventuala autopsie. El a reuşit să stabilească semne auditive (sufluri, crepitaţii, raluri, clipociri, frecături) caracteristice diferitelor boli, ceea ce a permis punerea mult mai precisă a diagnosticului bolilor de plămîni. Laënnec a publicat studii temeinice despre afecţiunile pulmonare, el fiind de altminteri cel care a propus termenul „tuberculoză".

lagoftalmie, imposibilitate de a închide ochiul prin strîngerea pleoapelor. O anumită suprafaţă a ochiului rămîne în permanenţă descoperită. Corneea este expusă la leziuni (corpi străini) şi la ulceraţii, din cauza lipsei de umiditate. Lagoftalmia este produsă prin paralizia unei ramuri a nervului facial, care inervează muşchiul orbicular al pleoapelor. Pentru evitarea ulceraţiilor corneei se aplică pe ochi, seara la culcare, un unguent dezinfectant, care are rolul de a proteja corneea. În timpul zilei se recomandă purtarea de ochelari protectori.

La Mettrie Julien Offray de (1709—1751), medic şi filozof francez. A studiat medicina în

Franța și la Leida și a tradus în franceză multe din scrierile lui Boerhaave. A luat parte la cîteva campanii militare ca medic de regiment. A publicat o serie de pamflete în care ridiculiza pedanteria și impostura unor somități medicale ale epocii. Scrierile sale filozofice, în care

Julien Offray de la Mettrie

găsim idei îndrăznețe materialiste și ateiste au fost interzise în Franța. S-a refugiat în Olanda, unde a tipărit celebrul său „Om mașină" (1747), operă în care dezvoltă pe o linie materialistă mult mai hotărîtă ideile lui Descartes despre substratul material al proceselor biologice și chiar al activității psihice a omului. A murit la curtea lui Frederic al II-lea, regele Prusiei.

laminarie, tijă din lemnul unei alge marine care introdusă în colul uterin își mărește volumul datorită umidității, dilatînd astfel în mod lent colul. Se introduce în colul uterin cu 8—12 ore înainte de efectuarea chiuretajului la femeile care nu au născut sau la cele cu sarcini mai mari, ușurînd în felul acesta dilatarea colului.

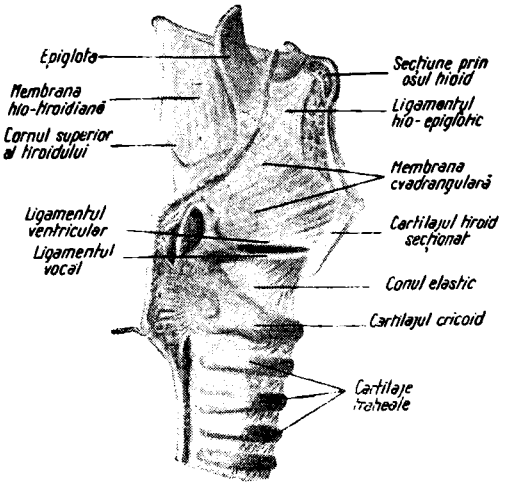
lapte de var, suspensie de Ca $(OH)_2$ în apă. Varul stins preparat cu o anumită cantitate de apă are proprietatea de a lega nisipul, formînd mortarul folosit în construcție. Dacă varul stins este diluat din nou cu apă, apa nu se mai combină cu oxidul de calciu, acesta formînd doar o suspensie în apă (lapte de var). El are o puternică acțiune dezinfectantă prin reacția sa bazică (alcalină). Este folosit curent în dezinfecția locurilor murdare și infectate (latrine, recipiente pentru gunoi). Prepararea laptelui de var se face stingînd 1 kg var cu circa 600 ml apă și adăugînd apoi încă 4 l apă. La folosire trebuie agitat. Dezinfecția se face, fie prin văruire cu bidineaua (pentru pereți), fie prin amestecare (o parte produs patologic și o parte lapte de var, lăsînd o perioadă de contact de minimum 2 ore).

lapte acidulat, lapte de vacă, acidifiat în mod artificial prin adaos de acizi (acid lactic sau acid citric — suc de lămîie). În urma acidulării se produc unele modificări ale laptelui, care sînt socotite de unii cercetători avantajoase pentru sugar; citățm dintre avantaje: a) cazeina este coagulată în grunji fini care sînt mai ușor de atacat de sucurile digestive (ceea ce favorizează digestia și absorbția); b) adaosul de acid cruță parțial secreția sucului gastric (care este mai redusă la sugar); c) acidularea ar mai avea rolul unui factor de protecție antidispeptică (distruge în parte germenii patogeni prezenți ocazional în lapte). În perioada cînd a fost preconizat de Mc.K.Marriott (1923), superioritatea laptelui acidulat asupra laptelui de vacă era certă (în privința sterilității produsului); acest fapt nu mai are aceeași valoare în zilele noastre însă, cînd în alimentația sugarului se întrebuințează lapte praf, care este perfect steril. Mai mult, se consideră că laptele acidulat are și unele dezavantaje: încarcă organismul cu valențe acide, care la imaturi și la o parte din sugari depășesc capacitatea de neutralizare a ficatului și rinichiului, favorizînd rahitismul. Explicația constă în faptul că funcțiile digestive, metabolice și de excreție ale sugarului sînt adoptate pentru alimentația cu lapte de femeie, care are o reacție neutră. Compoziția laptelui acidulat: 1 litru de lapte de vacă (de preferință reconstituit din lapte praf), 50 g zahăr (5%), 20 g făină albă rumenită (2%), 5 ml acid lactic soluție oficinală (0,5%). Valoarea calorică este de 980 de calorii la litru (aliment concentrat cu mare valoare calorică). Se administrează în concentrație crescîndă, în funcție de vîrsta sugarului (în luna I: în diluție 1/2, fără făină și numai cu 5% zahăr; în luna a II-a și a III-a: în diluție 2/3 cu făină și zahăr; în luna a IV-a și a V-a: în diluție 3/4, cu făină și zahăr; din luna a V-a: lapte acidulat nediluat). Există și preparate de lapte acidulat în pulbere = Alete și Pelargon — Nestle (cu făină și fără). Laptele acidulat se întrebuințează în alimentația mixtă sau artificială a sugarului sănătos și distrofic, precum și în realimentarea dispepsiilor (lapte acidulat desmîntînit).

lapte praf, lapte de vacă din compoziția căruia prin procedee industriale s-a scos apa pînă la o proporție de 1,5—3%. Pentru a obține 1 litru de lapte care să conțină 700 de calorii (cît 1 litru de lapte de vacă), se dilueză 125 g praf de lapte integral în 875—900 ml apă fiartă și răcită (respectiv 12—13 g la 100 g apă). Laptele praf este foarte ușor: o linguriță care conține 5 g de zahăr conține cam 2,25 g praf de lapte. De aceea este recomandabil să se cîntărească la un cîntar farmaceutic cantitatea de praf necesară pentru masa sugarului (la vîrsta respectivă), și numai după aceea această cantitate

să fie măsurată cu linguriţa (numărul de linguriţe va fi reţinut). În caz contrar putem expune sugarul la pericolul subalimentării prin diluţii prea mari de lapte. Compoziţia laptelui praf (lapte de vacă) diferă cantitativ şi calitativ de aceea a laptelui de femeie. În laptele de mamă, raportul albumină /grăsimi/ glucide este 1/3/7, pe cînd în laptele de vacă, raportul este 3/3,5/4,5. Din punct de vedere cantitativ, proteinele sînt în cantitate mai mare (32–41g ‰, faţă de 17g la mie), iar glucidele sînt în cantitate mai mică (45–50g la mie, faţă de 65–75g la mie). De aceea, în alimentaţia mixtă sau artificială a sugarului sănătos, pentru a obţine un produs cu o compoziţie mai apropiată de aceea a laptelui de femeie, laptele de vacă trebuie diluat în primele 4—5 luni (pentru scăderea concentraţiei proteinelor) şi îmbogăţit cu hidrocarbonate. În acest scop se recomandă ca lichidul de diluţie să conţină un făinos (fiertură de orez 3% sau de fulgi de ovăz, după cum există tendinţă la diaree, respectiv la constipaţie) şi la întregul amestec se adaugă 5% zahăr (o linguriţă la 100 g). Procedeul acesta duce însă şi la o scădere a grăsimilor laptelui de vacă, ce se găsesc în cantităţi aproape egale cu acelea din laptele de femeie, scădere care trebuie compensată la sugarul sănătos începînd de la 5 luni, de exemplu prin adaos de unt topit. Concentraţia laptelui praf variază cu vîrsta: 7—8% în luna întîi, 10% în lunile a II-a—a IV-a şi 12,5% din luna a V-a (lapte integral). Laptele praf se pregăteşte înainte de fiecare masă; nu se prepară odată toată cantitatea pentru 24 de ore, pentru că în acest fel laptele se contaminează cu microbi. Nu se utilizează laptele rămas de la masa anterioară. Laptele praf reprezintă un progres considerabil în dietetica infantilă, fiind un produs superior laptelui de vacă lichid din trei puncte de vedere principale: a) are o sterilitate practic absolută, neconţinînd microbi, poate fi administrat fără nici un pericol sugarului şi bineînţeles, şi copilului mai mare; b) are o compoziţie constantă, rezultînd din amestecul obţinut de la foarte multe animale; c) prin procesul de fabricare se produc modificări fizicochimice şi biologice ale laptelui de vacă în urma cărora digestia şi utilizarea laptelui praf sînt mai bune de cît ale laptelui de vacă. Se întrebuinţează în alimentaţia mixtă (lapte de mamă + lapte praf) sau artificială a sugarului sănătos, a sugarului distrofic şi în realimentarea dispepsiilor (după dieta hidrică şi cea de tranziţie). Bineînţeles că datorită calităţilor sale, laptele praf poate fi utilizat şi la copilul mai mare. În alimentaţia mixtă sau artificială în prima lună de viaţă se poate întrebuinţa şi preparatul de lapte praf semiecremat (al cărui conţinut în grăsimi este redus la 1/2) de tip „Lacto". În regimul democrat-popular a luat fiinţă o industrie proprie de lapte praf în ţara noastră.

laringe, organul fonaţiei, sau al producerii de sunete (vezi fonaţie). Situat în regiunea gîtului, în partea anterioară, sub baza limbii, laringele face parte din căile aeriene superioare, continuîndu-se cu traheea. De forma unei pîlnii, laringele are o înălţime de 4—4,5 cm şi o grosime de 3—4 cm. Scheletul său este format din mai multe cartilaje, dintre care cartilajul



Laringe.

tiroid este cel mai voluminos, proeminînd pe faţa anterioară a gîtului (în special la bărbaţi) sub forma aşa-numitului *măr al lui Adam*. Un alt cartilaj important este *epiglota*, care are forma şi funcţia unui căpăcel ce închide orificiul superior al laringelui (*glota*), în timpul deglutiţiei (înghiţirii alimentelor), împiedicînd ca alimentele sau corpii străini să ajungă din faringe în căile aeriene. Cartilajele sînt unite între ele prin membrane, ligamente şi muşchi. O parte dintre muşchi determină nişte îndoituri (pliuri) ale mucoasei ce căptuşeşte laringele, formînd aşa-zisele coarde vocale inferioare, care participă la fonaţie. Alte două pliuri (coardele vocale superioare) nu conţin muşchi. Alţi muşchi, situaţi în afara laringelui, îl leagă de organele vecine şi îl ridică în timpul înghiţirii, sub baza limbii, o dată cu acoperirea de către epiglotă a glotei. *Coardele vocale* sînt în număr de patru: o pereche de coarde superioare, denumite şi *false coarde vocale* (deoarece nu participă la fonaţie), şi o pereche inferioară sau *coardele vocale inferioare*, sau *coardele vocale adevărate*, care conţin în ele fibre musculare ce prin contracţia şi distensia lor pot depărta sau apropia aceste coarde. Cînd coardele vocale sînt întinse şi apropiate, aerul ce trece printre ele vibrează şi dă naştere la sunete înalte, iar atunci cînd coardele vocale se depărtează şi sînt mai destinse, produc la trecerea aerului sunete joase. Sunetele produse sînt modelate ulterior sub formă de vocale şi

consoane (vezi fonație). Aerul și apa rece, substanțele iritante (fum de tutun, gaze, praf) pot produce o inflamație a laringelui (laringită), care poate să modifice funcționalitatea coardelor vocale și să altereze vocea (răguşeală). Compresele alcoolizate în jurul gîtului, inhalarea de aer sau abur cald și a unor substanțe cu acțiune dezinfectantă au un efect de scădere a congestiei laringiene, favorizînd vindecarea laringitei. Examenul laringelui se face cu ajutorul unor oglinzi speciale montate la capătul unor tije metalice, și poartă numele de laringoscopie. În aceste cazuri, medicul poartă o sursă de lumină special amenajată (oglindă Clark), care este proiectată în laringe, uşurînd examenul vizual.

laringită, inflamație a mucoasei laringiene. Forma acută se datorește unei răceli sau bolilor infectocontagioase. Variațiile bruște de temperatură, surmenajul vocal, atmosfera umedă sau cu multe pulberi și gaze sînt cauze favorizante. Simptomele sînt: răguşeală, care poate merge pînă la afonie, înțepături, jenă dureroasă, uscăciune a gîtului, tuse uscată. Cînd inflamația mucoasei este mai accentuată, bolnavul respiră greu (dispnee), simptom care poate deveni alarmant, necesitînd o intervenție de urgență. Dintre laringitele acute ale copilului trebuie menționate: laringita striduloasă, care se caracterizează prin crize de sufocație nocturne, de scurtă durată, care se vindecă spontan, și laringita difterică (crupul), care apare uneori în angina difterică; copilul, la început răguşit, are o respirație din ce în ce mai dificilă, ajungînd la asfixie dacă nu s-a instituit un tratament adecvat și precoce, local și general. Laringele mai poate fi sediul unor supurații, flegmoane endo-și perilaringiene, care necesită un tratament de urgență. Tratamentul unei laringite acute obișnuite constă în aplicarea dezinfectantelor locale, prin instilații sau inhalații, aerosoli cu antibiotice, medicație antigripală, vitamine. Bolnavul va păstra repaus vocal, va sta într-o atmosferă umedă și caldă. Se vor interzice tutunul și orice alimentație iritantă. Laringitele cronice pot fi produse de microbi specifici, dintre acestea cele mai importante fiind laringita tuberculoasă și cea sifilitică, sau pot urma unei laringite acute banale, care a fost neglijată sau incorect tratată. Unele afecțiuni ale organelor din vecinătate (rinite, sinuzite, amigdalite) favorizează cronicizarea laringitelor. Simptomul principal al laringitei cronice este răguşeala (disfonia) de intensitate variabilă. Uneori aceasta apare cu intermitență, în funcție de anumite condiții ale mediului înconjurător. Printre celelalte semne se mai pot constata: înțepături, senzație de arsură, uscăciune, tuse seacă. Tratamentul va fi cel al tuberculozei sau sifilisului pentru laringitele cronice specifice. În laringita cronică banală se vor înlătura eventualele cauze de vecinătate, se vor aplica medicamente prin instilații, inhalații sau aerosoli. Este absolut necesar un tratament igienic prin repaus vocal, înlăturarea tuturor substanțelor iritante care întrețin laringita (tutun, alcool, condimente), scoaterea din mediul cu gaze și pulberi. Tratamentul balneoclimateric (mai ales în stațiuni cu ape sulfuroase) poate fi un adjuvant prețios.

laxativ, medicament care determină apariția emisiunii de fecale (scaunului), favorizînd și uşurînd tranzitul alimentelor în intestin. Laxativele se folosesc de către bolnavii cu constipație cronică, la care din diferite cauze tranzitul intestinal este încetinit. Netratînd cauzele, laxativele nu vindecă constipația, ci realizează îndepărtarea unui simptom al bolii (întîrzierea defecării), folosindu-se numai la începutul tratamentului. Ca laxative mai des folosite sînt: uleiul de parafină, sulfatul de sodiu și sulfatul de magneziu, în cantități mici (o linguriță pe zi), unele vegetale, sub formă de extracte (Vegelax — drajeuri), sau ca atare din „ceaiul laxativ". Fenolftaleina este folosită în unele preparate, ca: Laxarol (emulsie), Laxatin (drajeuri) și Coprol (comprimate de ciocolată). Unele substanțe cu acțiune laxativă sînt obținute prin sinteză chimică (Sintolax).

lăuzie, perioadă care începe imediat după naștere și durează 6—8 săptămîni, timp în care se produce revenirea la normal a organelor genitale și în general a organismului femeii. În timpul lăuziei, organele genitale externe, vulva, vaginul, perineul se refac în cîteva zile, iar uterul începe să scadă, ajungînd ca după 10 zile să nu se mai simtă deasupra simfizei pubiene. O manifestare fiziologică caracteristică lăuziei este scurgerea lohiilor din uter, care în primele zile sînt sanguinolente, apoi devin sero-sanguinolente și după 6—7 zile seroase. Ele au un miros fad. La femeile multipare (care au născut mai mulți copii), evoluția uterului poate fi însoțită de contracții dureroase, numite popular răsuri, care pot fi calmate prin administrarea de antispastice. Cea mai importantă și mai durabilă manifestare a lăuziei este apariția secreției de lapte care uneori poate fi însoțită de congestia sînului și creșterea temperaturii pînă la 37,5—38° (furia laptelui). Lăuza nu trebuie considerată o femeie bolnavă, de aceea nu i se administrează alte medicamente decît vitamine, tonice generale și la nevoie laxative. Alimentația lăuzei va cuprinde mîncăruri uşor digerabile și bogate în calorii. Supraalimentarea este o greșeală. De asemenea, o practică greșită este administrarea în cantități mari de lichide, ca bere, lapte, sucuri, în vederea sporirii cantității de lapte. Deoarece imediat după naștere femeia este mai receptivă la infecții, lăuza nu trebuie să fie în contact direct cu personalul medical care o îngrijește. Vizitele din afară sînt cu desăvîrșire interzise, iar după părăsirea maternității, ele vor fi reduse la minimum. După părăsirea maternității, lăuza va con-

tinua să respecte regulile învățate la maternitate în ceea ce privește igiena (duşuri, toaleta organelor genitale şi îngrijirea sînilor). La domiciliu, lăuza poate face mici treburi casnice care să nu o obosească şi plimbări pe os, putînd să-şi reia încetul cu încetul viața obişnuită. Reluarea raporturilor sexuale este permisă după 6 săptămîni. Dacă în timpul lăuziei apar febră, modificări în cantitatea, aspectul şi mirosul lohiilor, dacă uterul nu mai scade, iar pulsul se accelerează, trebuie să ne gîndim la infecția puerperală. Prin acest termen se înțeleg toate accidentele infecțioase care se produc la o lăuză în urma pătrunderii microbilor prin organele genitale în organismul femeii. Germenii patogeni care produc infecția puerperală sînt de obicei streptococul, stafilococul, colibacilul, singuri sau asociați între ei, şi care pătrund în organism în timpul naşterii, datorită nerespectării regulilor de asepsie şi antisepsie. Uneori, infecția se poate produce şi datorită microbilor care se găsesc în organismul femeii înainte de naştere. Infecția puerperală poate fi localizată la uter şi organele genitale sau se poate generaliza în întregul organism, dînd naştere aşa-numitelor septicemii puerperale. Manifestările acestea infecțioase apar de obicei în a 3-a — a 4-a zi de lăuzie. Tot o formă a infecției puerperale sînt considerate tromboflebitele, care apar cam în a 14-a zi de la naştere şi a căror complicație gravă poate fi embolia pulmonară. Pentru evitarea infecției puerperale, gravida trebuie tratată din timpul sarcinii de bolile infecțioase cronice de care suferă, de eventualele anemii sau toxicoze gravidice, care toate sînt cauze favorizante ale infecției. O asepsie şi antisepsie perfecte la naştere, o asistență calificată şi o îngrijire atentă în timpul lăuziei evită producerea infecției puerperale. O dată instalată, infecția puerperală trebuie tratată precoce şi intens cu antibioticele la care microbul este sensibil, asociat cu un tratament susținut al stării generale. Lăuza infectată trebuie izolată de lăuzele sănătoase ca să nu le transmită şi lor infecția. Astăzi, datorită faptului că majoritatea covîrşitoare a naşterilor se produc în maternități sau case de naşteri, infecția puerperală, altădată atît de răspîndită, este o complicație rară a lăuziei.

Leeuwenhoeck Antony van (1632—1723), naturalist olandez. A fost un dibaci şlefuitor de lentile, ceea ce i-a permis să construiască microscoape cu o putere măritoare apreciabilă pentru vremea aceea. Deşi nu beneficia de o pregătire sistematică în ştiințele medico-biologice, s-a ocupat cu stăruință de studierea la microscop a fragmentelor de țesuturi vegetale şi animale. Astfel, el este primul care o observat şi descris globulele roşii din sîngele omului şi al altor mamifere. Tot el a descoperit sperma-

Antony van Leeuwenhoeck.

tozoizii, dar în acest caz, imaginația sa a intervenit prea activ, căci Leeuwenhoeck a avut impresia că spermatozoidul este o simplă miniatură a organismului adult, prevăzută cu ochi, nas, gură şi membre... În schimb, observațiile sale asupra vieţuitoarelor microscopice din picătura de apă (infuzorii, alge etc.) se remarcă prin minuțiozitate şi precizie impresionante.

legislație sanitară, ansamblul actelor normative de stat prin care se reglementează măsurile de apărare a sănătății. Grija pentru sănătatea publică impune ca anumite măsuri de igienă şi luptă antiepidemică, de medicină preventivă şi de protecție a muncii să aibă caracter obligatoriu, nerespectarea lor fiind pedepsită în conformitate cu prevederile legislației sanitare. Printre aceste prevederi, care privesc întreaga populație, citățm: prezentarea obligatorie la vaccinări, declararea cazurilor de boli contagioase şi izolarea bolnavilor, respectarea măsurilor de prevenire a turbării, întreținerea igienică a locuinței, a curții şi a străzii, depozitarea corectă a gunoiului etc. Controlul asupra respectării prevederilor legislației sanitare şi aplicarea sancțiunilor în caz de abateri revin inspecțiilor de stat pentru igienă şi protecția muncii sau altor organe stabilite de lege.

lesbianism (safism), inversiune sau perversiune sexuală la femei, atracţie erotică anormală şi satisfacerea sexuală între femei. Cuvîntul vine de la insula Lesbos din arhipelagul apelor greceşti, unde în antichitate poeta Sapho a înfiinţat o comunitate de femei care practicau acest viciu şi care se numeau „lesbiene". Este o înclinare patologică care uneori poate fi îndreptată atît prin educaţie, cît şi cu ajutorul unui tratament endocrin.

leucemie, boală caracterizată prin activitatea anormală şi excesivă a ţesuturilor care dau naştere leucocitelor, fapt care are ca efect apariţia în sînge a unui număr mare de leucocite, dintre care multe tinere. Leucemiile se întîlnesc la toate vîrstele, de la naştere şi pînă la bătrîneţe, şi pot fi, după celulele interesate, *leucemii acute* (cu celule foarte tinere) sau *leucemii cronice* (cu sporirea leucocitelor ajunse la maturitate). Leucemiile acute ating mai ales copiii şi tinerii; ele îmbracă aspectul unei infecţii acute cu febră mare, angină, gingii tumefiate şi ulcerate. Deseori apar manifestări hemoragice: sîngerări de gingii, nas, sub piele, hemoragii intestinale. Splina şi ficatul se măresc repede. Numărul leucocitelor din sînge creşte de la 15 000 pînă la 100 000, cu predominanţa formelor imature. Leucemiile cronice se instalează lent, cu oboseală, slăbire, semne de anemie. Ceea ce domină însă este ori creşterea de volum a splinei care atinge mărimi considerabile, ori prinderea şi tumefierea fără dureri a ganglionilor. Tabloul sanguin arată adesea o leucocitoză foarte crescută: 50 000—200 000 de leucocite şi peste. *Tratamentul* cu citostatice (citosulfan) sau radioterapie duce la remisiuni de durată (în special în formele cronice).

leucocit — vezi hemogramă.

leucogramă — vezi hemogramă.

leucom, opacifierea definitivă a corneei globului ocular, din cauza unui ţesut cicatriceal format de cele mai multe ori în urma unor boli inflamatoare a corneei sau a unui traumatism ocular. După gradul de opacifiere distingem: nubecula — opacifiere fină, difuză; macula — pată, opacitate mai densă limitată; leucomul propriu-zis — opacifiere întinsă densă, albă. Dacă cicatricea a survenit în urma unei perforaţii a corneei se pot produce aderenţe între iris şi cornee (leucomul aderent), ce se pot complica cu glaucom secundar. Sub influenţa tensiunii intra-oculare crescute se produc deformarea şi bombarea corneei (stafilom cornean). Scăderea vederii depinde de sediul şi întinderea opacităţii corneene. În unele cazuri este indicată keratoplastia, înlocuirea ţesutului opac cu cornee transparentă, prelevată de obicei de la un ochi de cadavru.

leucoplazie, îngroşare a unei suprafeţe mai mult sau mai puţin întinse de pe o mucoasă, avînd ca rezultat formarea unei pete albicioase-gălbui. Leucoplazia mucoasei bucale apare uneori fără a fi precedată de o cauză cunoscută, dar de cele mai multe ori se observă la fumători în urma iritaţiilor repetate provocate de tutun. La unele femei, datorită unei igiene insuficiente sau unei inflamaţii repetate, se poate produce o leucoplazie a mucoasei vulvare. De multe ori, pe placardele de leucoplazie se formează cancere, ceea ce a determinat pe unii autori să le considere ca adevărate leziuni precanceroase. Prevenirea leucoplaziei se realizează prin înlăturarea tuturor cauzelor ce pot exercita iritaţii prelungite asupra mucoaselor, printr-o igienă corespunzătoare.

leucoree, secretarea abundentă a unui lichid de către glandele colului uterin şi ale vulvei care are rolul de a apăra aparatul genital feminin de infecţii. Aceasta este leucoreea fiziologică, care este în cantitate redusă şi nu are miros neplăcut. Înainte şi după menstruaţie, în timpul sarcinii sau cînd femeia este excitată sexual, leucoreea poate fi mai abundentă. Cînd vulva, vaginul sau organele genitale interne sînt infectate, leucoreea este abundentă, aceasta fiind chiar unul din simptomele bolii. Culoarea ei poate fi albă, galbenă, verzuie sau roşiatică. Ca aspect este spumoasă sau brînzoasă, iar mirosul ei devine fetid. Tratamentul se instituie numai după precizarea germenului patogen şi se va executa numai după prescripţia medicului. Fiind de lungă durată, tratamentul necesită multă răbdare şi perseverenţă.

Levaditi Constantin (1874—1953), microbiolog, virusolog şi imunolog romîn. Era fiul unei surori medicale de la Spitalul „Brîncovenesc". Cu sprijinul lui C. I. Istrati a fost trimis să-şi încheie studiile medicale la Paris, unde a fost primit să lucreze în Institutul „Pasteur". Manevrele politicienilor din Romînia burghezo-moşierească l-au împiedicat să obţină o catedră universitară în patria sa. În 1920—1921 a funcţionat ca profesor la Facultatea de medicină din Cluj, dar intrigile de tot felul i-au făcut imposibilă rămînerea mai departe în ţară. Levaditi a fost unul din cei mai mari sifiliografi ai epocii. Lucrările sale privind metodele de cultivare a spirochetelor, tehnicile sale de punere în evidenţă a acestora în diferite ţesuturi, studiile sale asupra patogeniei şi serologiei sifilisului au contribuit în mod hotărîtor la recunoaşterea definitivă a spirochetului Schandinn drept agentul etiologic al bolii. S-a impus ca unul din cei mai mari specialişti în terapia sifilisului, fiind promotorul tratamentului cu bismut. A mai demonstrat acţiunea vanadiului, aurului, platinei, telurului asupra spirochetului. Levaditi este unul din creatorii virusologiei, autor a numeroase lucrări privind patogenia inframicrobiană, morfologia virusurilor, tehnica de cercetare microscopică a acestora, imunologia inframicrobiană.

Studiile sale despre poliomielită, herpes, zonă, encefalită letargică prezintă cel mai mare interes practic şi teoretic. În ultimii ani ai vieţii, Levaditi şi-a exprimat în repetate rînduri dorinţa de a veni în ţară, dar boala l-a împiedicat să realizeze acest lucru.

Constantin Levaditi.

lichen plan, dermatoză de cauză necunoscută caracterizată prin apariţia pe piele a unor mici ridicături (papule) de culoare roşie-violacee, de formă poligonală, acoperite uneori de o cojiţă (scuamă) foarte aderentă. Leziunile se aglomerează uneori formînd placarde, alteori se întind pe traiectul trunchiurilor nervoase dînd bolnavului o senzaţie de mîncărime foarte intensă. Cauza fiind necunoscută, nu se pot aplica măsuri de prevenire. Tratamentul este de lungă durată şi constă, pe lîngă pomezi antiinflamatoare, în aplicaţii de raze x pe coloana vertebrală.

lichid amniotic, lichidul care se formează de la începutul sarcinii şi creşte cantitativ paralel cu dezvoltarea ei, ajungînd, la termen, în greutate de 500—600 g. Lichidul amniotic este conţinut în sacul fetal format din membranele amniotice şi are un miros asemănător cu lichidul spermatic. El are o reacţie alcalină şi este format din 99% apă şi 1% diverse substanţe. Rolul lichidului amniotic este să protejeze fătul şi să-i permită mişcările în cavitatea uterină. Cînd lichidul scade sub 500 ml vorbim de oligoamnios, iar cînd creşte peste 1 500 ml, de hidramnios.

lichide biologice, în organism, în afara sîngelui care este un ţesut lichid (fluid), se găsesc în cavităţile seroase (pleură, pericard, peritoneu) cantităţi reduse de lichide care favorizează alunecarea foiţelor seroase una pe cealaltă, menţinînd în acelaşi timp o aderenţă bună între aceste foiţe. În cazuri anormale, în cavităţile amintite pot apărea lichide patologice infectate sau nu, care poartă numiri diferite după compoziţia lor (exsudat, transsudat, ascită). Apariţia lichidelor patologice duce la tulburarea funcţiei organelor din jur, impunîndu-se fie evacuarea lor prin puncţie (introducerea unui ac în cavitatea plină cu lichid şi extragerea lui cu seringa sau cu un aspirator), fie un tratament medicamentos energic, care să ducă la resorbţia lichidului respectiv.

limbric — vezi ascaridioză.

limfangită, inflamaţie a vaselor limfatice şi a ganglionilor la care ajung (adenită). Germenii pătrund în circulaţia limfatică printr-o plagă superficială a pielii, o rosătură, o arsură. Microbul cel mai frecvent este streptococul, apoi stafilococul şi colibacilul. De la locul „porţii de intrare" a germenilor apar dungi roşii, care pot forma chiar placarde cu marginile uşor proeminente. Dungile roşii edematiate ajung pînă la ganglionii limfatici, care se măresc şi devin dureroşi la palpare (adenită). Bolnavul este febril şi are senzaţia de arsură şi durere de-a lungul vaselor limfatice infectate; pielea este edematiată. Limfangita poate fi confundată cu un erizipel. În general, limfangita se vindecă prin tratament medical: pansament steril antiseptic al plăgii, prişniţ rece, antibiotice sau sulfamide. Uneori supurează, constituind un abces care trebuie incizat. Limfangita canceroâsă: celulele canceroase pătrund în vasele limfatice şi prin curentul limfei sau poate şi prin mişcările lor amiboide se grefează din aproape în aproape în trunchiurile limfatice pînă în ganglioni, unde se opresc, proliferează şi reproduc o tumoare secundară, analogă tumorii primitive.

limfocit — vezi hemogramă.

limgfogranulomatoză inghinală subacută, a patra boală venerică sau boala Nicolas şi Favre, este provocată de un virus filtrant şi transmisă de la bolnav la omul sănătos în special pe cale genitală. Leziunea primară, puţin caracteristică, apare pe organele genitale la locul de pătrundere a virusului după o perioadă de incubaţie de 6—12 zile. Ea se vindecă repede şi poate chiar trece neobservată de bolnav. De aceea, bolnavii se adresează medicului de obicei numai într-o fază mai înaintată, cînd ganglionii limfatici din regiunea inghinală se măresc de volum şi devin dureroşi. Dacă nu se aplică un tratament potrivit, ganglionii se înmoaie, aderă la piele şi se deschid prin mai multe fistule (aspect de stropitoare), prin care se scurge un puroi galben-verzui. Mai tîrziu se pot produce astupări ale vaselor limfatice, ceea ce are ca rezultat umflarea enormă (elefantiazis) a vulvei la femeie şi a scrotului şi penisului la bărbat,

însoțită de ulcerații și stricturi pe anus și rect. În țara noastră, datorită măsurilor energice de profilaxie și tratării tuturor cazurilor cît mai aproape de începutul bolii, limfogranulomatoza inghinală subacută este pe cale de dispariție.

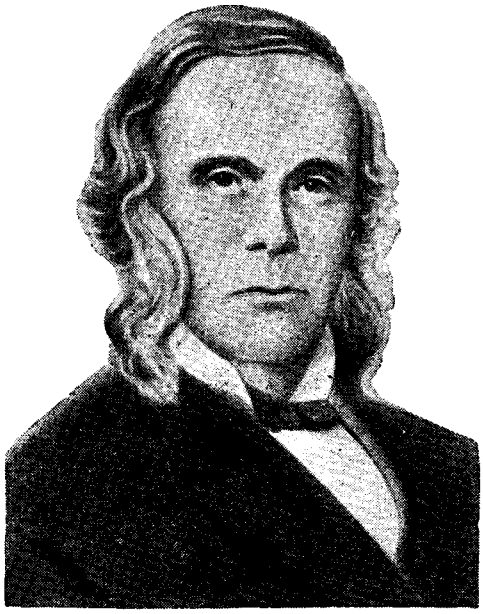
limfosarcom, tumoare malignă a ganglionilor limfatici. Poate să apară în orice organ unde există țesut limfoid: splină, ficat, tub digestiv, piele. Este o tumoare care apare mai frecvent la tineri, crește foarte repede, se ulcerează și dă repede metastaze pe cale limfatică și sanguină. Este sensibil la razele x, dar recidivează rapid. Formele incipiente beneficiază de tratament chirurgical, urmat de roentgenterapie (vezi sarcom).

lipom, formațiune tumorală benignă, constituită din aglomerarea de țesut grăsos în straturile profunde ale pielii. De formă rotundă și de consistență moale, localizat mai ales în pielea acoperită de păr, acolo unde glandele grăsoase sînt mai dezvoltate, lipomul poate crește, atingînd dimensiunea unei nuci, mandarine și chiar mai mare, fără a arăta nici un fel de tendință spre transformare malignă. Îndepărtarea lipoamelor se face pe cale chirurgicală.

lipotimie, amețeli mergînd pînă la pierderea cunoștinței printr-o anemie acută a sistemului nervos central provocată de o scădere bruscă a irigației sanguine la nivelul creierului. Mai puțin gravă de cît sincopa, în care activitateă inimii este suspendată pentru un timp limitat, lipotimia este determinată de rărirea accentuată a bătăilor inimii. Persoane fără nici o suferință cardiovasculară pot să facă o lipotimie în urma unei emoții, în cursul unei anestezii sau unei dureri mari (colică), în convalescența bolilor infecțioase, după o oboseală puternică (stat prelungit în picioare). Lipotimia mai poate fi provocată de reducerea debitului inimii ca în blocul cardiac (vezi bradicardie) sau în tahicardiile paroxistice prelungite. În timpul lipotimiei, bolnavul este palid, are pulsul rar și slab; pînă la venirea medicului de obicei se restabilește.

Lipova, stațiune situată la 30 km de Arad, într-o regiune de dealuri împădurite cu stejari și frasini, cu un climat blînd, lipsit de curenți și umiditate. Stațiunea posedă izvoare cu ape minerale carbogazoase, alcaline, feruginoase, care se folosesc în cura internă (Izvorul nr. 1, 2 și 3) — în boli digestive, urinare, în anemii — și în cura externă (Izvorul nr. 4) în boli ale aparatului circulator, genital feminin, locomotor etc.

Lister Joseph (1827—1912), medic englez, promotorul antisepsiei ca metodă de prevenire a infectării plăgilor. Inspirîndu-se din lucrările lui Pasteur asupra fermentației, Lister a ajuns la concluzia că supurarea rănilor poate fi evitată dacă se împiedică pătrunderea în plagă a microorganismelor care plutesc în atmosferă. De aceea, el recomandă să se folosească pe scară largă substanțele antiseptice, de felul acidului fenic, capabile să distrugă germenii infecției. Lister preconiza ca în sala de operație să se pulverizeze continuu acid fenic, în plaga operatorie să se toarne acid fenic, iar peste

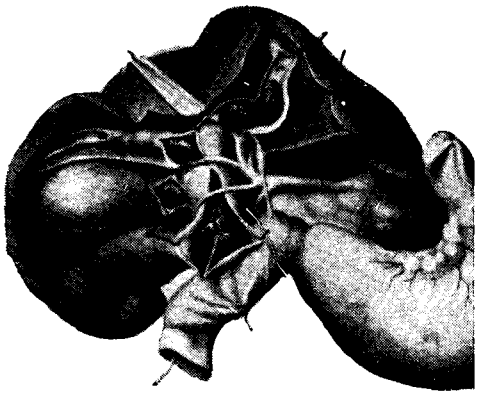


Joseph Lister.

rană să se aplice un pansament cu vată fenicată. Aceste măsuri au determinat o reducere impresionantă a infecțiilor și gangrenelor în serviciile de chirurgie.

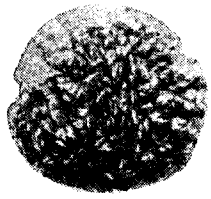
litiază (calculoză), prezența unor „pietre" (calculi) sau incrustații într-un canal sau organ cavitar. Se observă mai frecvent în căile biliare, în căile urinare, în canalele glandelor salivare. Formarea calculilor ține de legi fizico-chimice. În general, precipitarea sărurilor se datorește unor cauze de ordin general (tulburări de metabolism, avitaminoze, hiperparatiroidism) sau de ordin local (stază și infecție). a) *Litiază biliară* (colelitiaza). Datorită concentrației mari a bilei în vezicula biliară se pot produce precipitări ale substanțelor cristaline, care vor constitui baza formării unui calcul prin depuneri de straturi succesive de săruri. Precipitarea se produce cu mai mare ușurință dacă vezicula este infectată (colecistită) sau dacă există o stază datorită funcționării defectuoase a căilor biliare, în special a canalului coledoc, la nivelul sfincterului situat la locul de vărsare în duoden (dischinezie biliară). După compoziția lor, calculii pot fi formați din colesterol, din bilirubină, din carbonați și fosfați de calciu. Cei mai frecvenți sînt calculii

formaţi din colesterol şi bilirubină. Există litiaze biliare care nu determină nici o suferinţă; de obicei însă, colecistita calculoasă se manifestă prin colici hepatice (durere mare în partea dreaptă a abdomenului cu iradieri în spate sau umăr), greaţă, vărsături şi febră atunci cînd există şi



Litiază hepatică.

Calcul renal enorm din fosfaţi, mulînd bazinetul şi calicele.



Calcul renal de oxalat.

o infecţie a căilor biliare. Cînd calculul coboară în coledoc el constituie un obstacol în eliminarea bilei. Apare coloraţia icterică a tegumentului şi mucoaselor, urina devine închisă la culoare, uneori brună, materiile fecale decolorate. Boala se observă mai frecvent la femei datorită tulburărilor în metabolismul grăsimilor. Tratamentul este medical şi constă în papaverină în timpul crizelor, regim alimentar din care se exclud grăsimile şi ape minerale care să dreneze uşor căile biliare: Hebe, Slănic, Căciulata. Cînd colicele se repetă la intervale scurte şi în caz de complicaţii (colecistită acută, icter mecanic) se indică tratament chirurgical. b) *Litiaza urinară.* Se datoreşte precipitării sărurilor din urină din cauza unor tulburări de metabolism, avitaminoză A, hiperparatiroidism, precum şi unor cauze locale, stază şi infecţie. Mecanismul de „cimentare" a sărurilor precipitate pentru a forma un calcul nu este elucidat. Un rol important în apariţia litiazei îl au tulburările în metabolismul apei şi al unor electroliţi din sînge (sodiu, calciu, fosfor). De aceea, boala este frecventă în ţările calde, unde se pierde o cantitate mare de apă din organism prin transpiraţie. Felul alimentaţiei are de asemenea importanţă. O alimentaţie prea bogată în carne va acidifia prea mult urina şi va favoriza precipitarea acidului uric; o alimentaţie prea bogată în lapte şi vegetale va alcaliniza urina şi va favoriza precipitarea fosfaţilor şi carbonaţilor; o alimentaţie prea bogată în dulciuri şi cartofi (alimente oxalofore) va favoriza precipitarea oxalaţilor. Calculii se formează mai frecvent în bazinet; cînd sînt mici, ei pot coborî pe ureter, determinînd dureri foarte mari (colica nefretică) în regiunea lombară, cu iradieri în jos, spre organele genitale sau coapsă, greţuri, vărsături, uneori hematurie (sînge în urină). Dacă piatra este mică, după cîteva colici se elimină. Cînd este mai mare sau cu colţuri se poate inclava în ureter, constituind un obstacol în scurgerea urinei, producîndu-se o hidronefroză (dilataţia bazinetului şi calicelor) care, dacă obstacolul nu este înlăturat, distruge parenchimul renal. De asemenea, staza de urină de deasupra obstacolului poate să producă o infecţie gravă a rinichiului (pielonefrită, pionefrită, pionefroză). Cînd calculul bazinetal este mare, determină dureri vagi în regiunea lombară şi hematurii la eforturi fizice, dar reprezintă un pericol pentru rinichi, producînd scleroza parenchimului, hidronefroză sau infecţie. Uneori litiaza renală este bilaterală şi atunci gravitatea este mai mare. Cînd calculul bazinetal determină dureri şi la urografie se constată o suferinţă a rinichiului, el trebuie scos prin intervenţie chirurgicală; aceeaşi indicaţie o are şi calculul ureteral inclavat. Litiaza renală este o boală care recidivează frecvent. Pentru a preveni recidiva, după operaţie se va indica un regim alimentar în funcţie de natura calculului: în litiaza urică se scot din alimentaţie carnea de animal tînăr, măruntaiele, cafeaua, ceaiul rusesc şi se indică alcalinele; în litiaza oxalică se suprimă dulciurile, cartofii, spanacul şi se dau acidifiante uşoare (Diurocard); în litiaza fosfocalcică se suprimă laptele şi derivatele lui, vegetaiele şi se dau zilnic carne şi acidi-

fiante urinare. În toate litiazele se contraindică supele de carne, bogate în săruri și se dau lichide din abundență, astfel ca diureza în 24 de ore să fie peste 1 200 ml. De asemenea se fac cure hidrominerale cu ape de Olănești și Căciulata. În timpul colicei se suprimă lichidele, se dau antispastice (papaverină), comprese cu apă caldă. În caz de infecție se dau antibiotice și sulfamide, pînă la sterilizarea urinii. Litiaza vezicală reprezintă de obicei complicația unui obstacol subvezical (adenom sau cancer de prostată, stricturi uretrale, scleroză de col vezical). Clinic se manifestă prin micțiuni frecvente, hematurie la eforturi, urină tulbure. Tratamentul este chirurgical: o dată cu tratarea cauzei se extrage și piatra. Celelalte litiaze (salivară, pancreatică) sînt mai rare și se manifestă prin dureri la nivelul glandei respective.

Little (boala), este o boală congenitală a copiilor (copilul se naște cu ea), numită și „diplegie spastică infantilă", numită astfel după cel care a descoperit-o. Se caracterizează printr-un mers dificil datorită contracturii mușchilor picioarelor (și uneori și a mîinilor). Frecvent, bolnavii prezintă dificultate în vorbire și tulburări psihice mai mici sau mai mari. Boala este datorită unor leziuni ale encefalului (creierul mare). Cauza ține în special de lipsa de îngrijire a diferitelor boli ale mamei, mai ales în timpul sarcinii; alteori sifilisul contractat de mamă, chiar anterior sarcinii, poate fi răspunzător de boală, deoarece este important pentru mamă să cunoască din timp aceste cauze pentru a ști să ia măsurile corespunzătoare. Orice boală febrilă sau de altă natură trebuie tratată cu toată atenția.

locuință. Ca loc unde se desfășoară o mare parte din traiul de fiecare zi al omului, locuința reprezintă unul din factorii de mediu avînd o influență permanentă asupra sănătății. De aceea este necesar să se acorde toată însemnătatea regulilor de întreținere igienică a locuinței dintre care principalele sînt aerisirea (vezi aer), îndepărtarea prafului (vezi praf), iluminatul și încălzirea corectă (vezi iluminat și încălzire), îndepărtarea corectă a resturilor menajere, distrugerea insectelor și a rozătoarelor (vezi dezinsecție și deratizare). O atenție specială trebuie dată regulilor de igienă în blocurile de locuințe, care reprezintă azi locul de trai al tot mai multor cetățeni. În bloc, fiecare locatar răspunde, prin atitudinea sa, nu numai de sănătatea proprie și a familiei sale, dar și de sănătatea tuturor colocatarilor. Principalele măsuri în această privință — pe lîngă cele privind propriul apartament — se referă la: apărarea curățeniei părților comune, a scărilor, palierelor, coridoarelor, curților interioare, fațadei; întreținerea în perfectă stare a instalației de apă și sanitare, evitarea înfundării țevilor de canalizare; folosirea corectă a amenajărilor pentru evacuarea gunoiului; respectarea interdicției de a crește în interiorul apartamentului sau pe balcoane animale de curte și păsări. Este recomandabil ca în blocurile de locuințe să se renunțe la ținerea de cîini și pisici în apartament, deoarece condițiile nu sînt din cele mai prielnice și, oricît s-ar avea grijă, traiul în contact prea apropiat cu animalele este neigienic și expune la îmbolnăviri. O obligație a tuturor locatarilor, care derivă atît din regulile igienice, cît și din normele conviețuirii civilizate, este respectarea drepturilor vecinilor la liniște și odihnă, prin evitarea zgomotelor de diverse feluri. În sfîrșit, trebuie subliniată legătura dintre frumusețea cadrului pe care îl oferă locuința și interesele menținerii sănătății. Frumosul are o nebănuită influență pozitivă asupra tuturor funcțiilor organismului, prin acțiunea favorabilă directă exercitată asupra sistemului nervos. Un interior curat, ordonat, aranjat cu gust, oferă organismului cele mai bune condiții de confort și odihnă contribuind la întreținerea bunei dispoziții și la refacerea optimă a capacității de muncă. Aceeași însemnătate o prezintă frumusețea cadrului exterior al locuinței. Străduința arhitecților, în această privință, este completată prin numeroase inițiative obștești care antrenează pe locatarii noilor blocuri la înfrumusețarea cartierului, la amenajarea și întreținerea spațiilor verzi și a locurilor de joacă pentru copii, la apărarea aspectului îngrijit al blocurilor împotriva abaterilor unor persoane izolate (degradarea zonelor verzi, a pomilor și arbuștilor, stricarea aspectului fațadei prin întinderea rufelor la uscat, depozitarea a tot felul de obiecte pe balcoane etc.).

longevitate, durată îndelungată a vieții. Astăzi, în țara noastră, prelungirea vieții omului formează unul din obiectivele centrale ale acțiunii de ocrotire a sănătății, bazate pe aplicarea principiilor înaintate ale profilaxiei. În general se admite că ajung la o viață înaintată, apropiindu-se de suta de ani, sau chiar depășind această vîrstă, persoanele care duc o viață cumpătată, nu se îngrașă prea tare, uzează moderat de alcool, tutun și grăsimi animale. Foarte important, pentru a candida la longevitate este de a nu întrerupe total orice activitate o dată cu ieșirea la pensie. Bineînțeles este utilă numai acea activitate care nu depășește posibilitățile organismului. Cel mai bine

este cînd se reuşeşte o împletire armonioasă între o oarecare muncă fizică şi activitatea intelectuală, solicitîndu-se astfel multilateral etajul superior al sistemului nervos central — scoarţa cerebrală. „Nu pare îndoielnic că activitatea scoarţei cerebrale ţine în frîu procesul de îmbătrînire" (C. I. Parhon).

lumbago, durere musculară localizată în regiunea şalelor. Apariţia durerii în această regiune se datoreşte de cele mai multe ori expunerii la frig, umezelii, curenţilor de aer, lucrului în poziţie aplecată timp îndelungat. Orice mişcare de aplecare sau întindere este imposibilă din cauza durerii; chiar mişcările în pat devin dureroase. Criza de lumbago ţine cîteva zile pînă la cîteva săptămîni. Alteori, infecţii virotice, ca de pildă gripa sau *infecţiile de focar* (amigdalită, granulom dentar), pot provoca crize de lumbago.

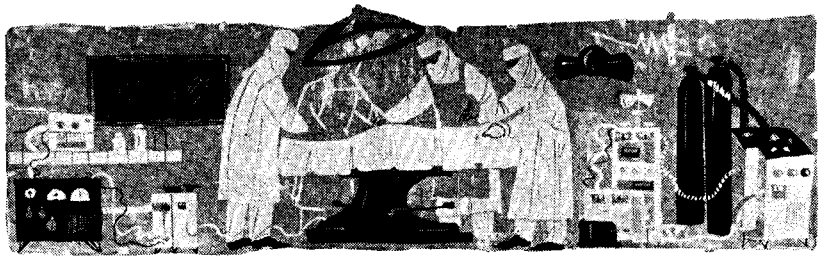
lupus eritematos, boală de piele de cauză necunoscută, apărînd mai ales la persoane hipersensibile în special la lumina solară. Se descriu două forme principale: lupusul eritematos cronic, întîlnit relativ frecvent, şi lupusul eritematos acut, formă rară, cu evoluţie excepţional de gravă. Lupusul eritematos cronic se manifestă prin placarde net delimitate, rotunde, de culoare roz, a căror suprafaţă este îngroşată şi se descuamează, iar mai tîrziu se vindecă printr-o cicatrice. Boala se localizează cel mai des la faţă (nas şi obraji), unde realizează un desen asemănător cu un fluture. Mai rar sînt lezate pavilionul urechii, buzele, partea păroasă a capului, tegumentele gîtului şi ale mîinilor. Evoluţia este lungă. O dată cu apariţia primelor raze ale soarelui de primăvară, boala se poate acutiza şi recidiva. În tratamentul lupusului eritematos cronic se utilizează cu mare succes medicamentele antimalarice de sinteză (acrihin, clorochin). Local se aplică unguente de protecţie contra luminii solare, care conţin acid paraaminobenzoic, medicamente antimalarice. Bolnavii trebuie să evite expunerea la razele solare. Lupusul eritematos acut evoluează grav, cu leziuni importante ale organelor interne. Pielea feţei, a gîtului, a mîinilor şi a gambelor este edematiată şi prezintă o inflamaţie acută. Se însoţeşte de temperatură crescută, dureri mari în articulaţii, dureri musculare, complicaţii pulmonare, renale sau cardiace. Cortizonul, hormonul extras din glanda suprarenală şi preparatele asemănătoare sînt foarte active împotriva acestei boli.

Lupus eritematos în „fluture".

lupus tuberculos, forma cea mai răspîndită şi mai gravă a tuberculozei cutanate. Începe prin apariţia unor noduli (tuberculi) de culoare roşie-brună, moi la pipăit, datorită distrugerii ţesutului (cazeificare). Prin confluarea lor se formează placarde plane întinse. La unii bolnavi, formaţiunile devin proeminente, se ulcerează, producînd o importantă distrugere de ţesuturi. Chiar pe cicatricele formate la nivelul zonelor vindecate pot reapărea tuberculi (numiţi „de recidivă"). Boala se localizează frecvent pe faţă (obraji, nas), mucoasa nazală şi rar în cavitatea bucală, contaminarea făcîndu-se mai ales prin sputa sau secreţia nazală a bolnavului care suferă şi de o tuberculoză pulmonară. Profilaxia bolii este identică cu profilaxia tuberculozei: depistarea precoce a bolnavilor, examenul familial, igiena personală etc. Tratamentul este mai ales general, prin medicamentele antituberculoase: hidrazida acidului izonicotinic, PAS, efectuîndu-se în dispensarele antituberculoase. Mulţumită succeselor medicinei şi măsurilor luate de stat în lupta antituberculoasă, lupusul este tratat astăzi cu succes şi începe să fie întîlnit mult mai rar.

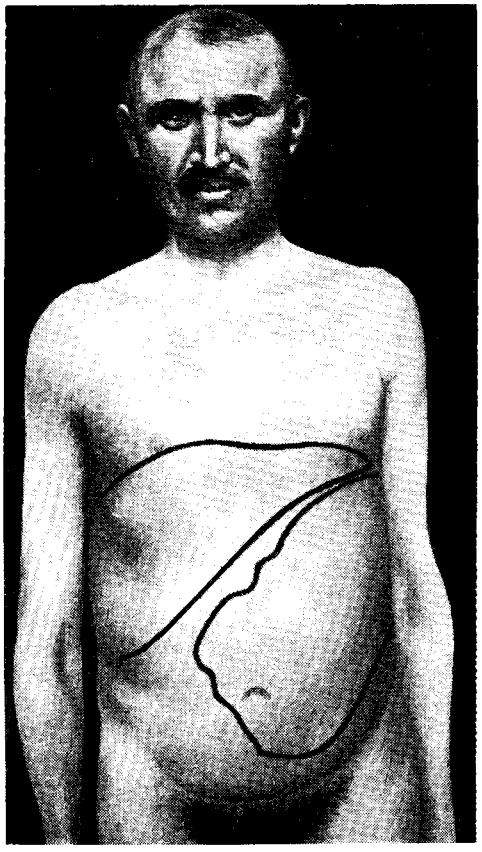
luxaţie, deplasarea persistentă a unei suprafeţe articulare, ca urmare a unui traumatism (luxaţie traumatică) sau unor leziuni osteoligamentare datorite unui proces infecţios mai ales tuberculos (luxaţie patologică) sau din naştere (luxaţie congenitală). Luxaţiile traumatice sînt mai frecvente la articulaţiile cele mai mobile (umăr, cot) şi se datoresc căderii pe articulaţie sau pe un os în raport cu articulaţia (de exemplu, în căderile pe cot se poate produce luxaţia umărului). Durerea apare imediat, se exagerează la palpare şi la mişcare, se calmează în repaus. Articulaţia se deformează şi membrul sau segmentul de membru ia o atitudine care variază după articulaţie; membrul se lungeşte sau se scurtează, mişcările active sînt abolite sau extrem de reduse. Luxaţia se poate însoţi şi de fracturi, de aceea trebuie făcută o radiografie. Luxaţia trebuie redusă. Reducerea trebuie făcută numai de specialist sub pericolul producerii de fracturi, rupturi de tendoane, nervi, vase. După reducere, imobilizarea este necesară. Dintre luxaţiile congenitale, luxaţia coxo-femurală este frecventă. Este gravă pentru că poate fi bilaterală şi cînd nu este descoperită la timp poate da infirmitate. Trebuie descoperită înainte de a începe copilul să meargă, prin sesizarea că un membru inferior este mai scurt. Cînd copilul începe să meargă, prezintă mers legănat (de raţă). Diagnosticul se pune prin radiografie. Beneficiază de tratament ortopedic la început, iar la copiii mai mari, de tratament ortopedic şi chirurgical.

Luxaţia umărului.



maculă (pată), schimbare de culoare a pielii, de formă şi întindere variabile, datorită unei reacţii inflamatoare (maculă eritematoasă sau congestivă observată spre exemplu, în febrele eruptive), unei scurgeri de sînge sub piele (maculă purpurică, aşa cum se întîlneşte în purpură şi după loviri puternice) sau variaţiilor pigmentului pielii (pete prin exces de pigment în pistrui şi pete albe prin dispariţia pigmentului în vitiligo). După forma şi culoarea lor, după răspîndire şi ritmul apariţiei, precum şi după alte caractere, maculele reprezintă elemente preţioase în punerea diagnosticului în numeroase boli infecţioase sau neinfecţioase. Intrucît medicul nu poate surprinde totdeauna apariţia maculelor, iar alteori nu le vede (aceste leziuni pot fi de durată scurtă), bolnavul sau aparţinătorii bolnavului sînt datori să ajute medicul, făcînd o descriere corectă a maculelor (culoare, formă, dimensiuni, răspîndire pe corp, momentul apariţiei şi dispariţiei etc.).

malarie (paludism, friguri de baltă), boală infecţioasă, transmisă de ţînţari, caracterizată prin accese de friguri urmate de febră, cu mărirea splinei. Este răspîndită pe tot globul. In ţara noastră malaria este în curs de eradicare, în ultimii ani înregistrîndu-se doar cîteva cazuri pe an în toată ţara, în timp ce înainte de 1944 erau aproximativ 100 000 de cazuri noi anual. Boala este produsă de un parazit unicelular, un protozoar numit hematozoarul palustru. Trei specii de hematozoar produc malaria la om: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*. Izvorul de infecţie este omul bolnav de malarie. Calea de transmitere este reprezentată de ţînţarul anofel. Înţepînd omul bolnav, ţînţarul suge o dată cu sîngele şi parazitul pe care apoi îl inoculează unui om sănătos. Parazitul pătruns în ţînţar suferă o serie de transformări, care constituie ciclul sexuat sau sporogonic al evoluţiei hematozoarului. Ţînţarul este totodată vector (transmite boala) şi gazdă intermediară (parazitul suferă o serie de transformări în ţînţar). Parazitul inoculat la omul sănătos suferă din nou o serie de transformări mai întîi în ficat (acestea constituie ciclul exoeritrocitar sau tisular), apoi pătrunde în globulele roşii, unde se dezvoltă pînă duce la distrugerea globulului roşu (ciclul eritro-



Malarie — hepatosplenomegalie.

citar sau asexuat). Parazitul eliberat din globulele distruse parazitează din nou alte globule. Aşadar, parazitul trece printr-o serie de stadii de dezvoltare, constituind ciclurile de mai sus: ţînţarul inoculează parazitul în forma numită sporozid; sporozoizii ajung în ficat, unde formează o masă plasmodială mare, din care se desprind apoi merozoizii, ce ajung în sînge şi pătrund în globulele roşii. În interiorul globulului roşu, parazitul trece prin stadiul de amibă, apoi de rozetă, apoi distruge globulul roşu. Din globul ies mai mulţi merozoizi, fiecare parazitînd apoi o altă hematie, unde reface ciclul. Din ciclul eritrocitar mai rezultă nişte forme speciale, numite gametociţi (masculi şi femele) care, ajungînd în ţînţar, se unesc, formînd un ou (oochinet), care după o serie de transformări produc o mulţime de sporozoizi localizaţi în glandele salivare ale ţînţarului, de unde sînt inoculaţi la omul sănătos. Răspîndirea malariei nu se face de cît prin ţînţar. Pentru a se dezvolta, acesta are nevoie de o anumită temperatură a mediului şi de existenţa de bălţi, mlaştini, în care să depună ouăle şi să se poată dezvolta larva. Ţînţarul transmite malaria numai în anotimpurile calde, deoarece iarna hibernează. Incubaţia malariei este de 10—20 de zile. Începe cu febră neregulată, oboseală, dureri de cap. După 3—7 zile de la debut, bolnavul începe să aibă accese tipice de malarie: frison foarte puternic, după care urmează febră foarte mare timp de 4—6 ore, apoi bolnavul transpiră foarte mult şi febra scade la normal. Accesele se repetă cu regularitate la 24 de ore (*Plasmodium falciparum*), la 48 de ore (în malaria terţă produsă de *Plasmodium vivax*) sau la 72 de ore (în malaria cuartă, produsă de *Plasmodium malariae*). Accesele se repetă timp de 20—50 de zile, după care bolnavul nu mai face accese. Este vorba de o vindecare aparentă, deoarece după un timp (de obicei luni de zile), accesele apar din nou. De obicei, boala se vindecă şi spontan în cîţiva ani. Splina bolnavilor este totdeauna mărită. Malaria cronică survine la bolnavul la care se produc noi inoculări de parazit. Aceşti bolnavi au splina foarte mărită, o anemie marcată, stare de slăbire extremă. Diagnosticul malariei se precizează prin găsirea parazitului în sîngele bolnavului; examenul se face pe o picătură groasă de sînge luată din pulpa degetului pe o lamă de sticlă sau pe un frotiu de sînge întins pe lamă. *Tratamentul* malariei se face cu medicamente numite schizonticide, care distrug parazitul aflat în ciclul eritrocitar, dar şi cu medicamente numite gametocide, care distrug gametociţii aflaţi în sîngele bolnavului. Din prima categorie se utilizează: chinina, atebrina, paludrina, clorochina. Din a doua categorie, plasmochinul. Malaria face parte din grupa A, adică este de declarare şi internare obligatorii. Diagnosticul trebuie totdeauna confirmat prin analize de laborator. Profilaxia malariei se face în primul rînd prin măsuri împotriva izvorului de infecţie: depistarea bolnavilor cu malarie acută sau cronică şi tratarea lor. În regiunile cu malarie endemică, examenele de laborator se fac în masă la toată populaţia, pentru a depista pe cei bolnavi. *Profilaxia* malariei mai cuprinde măsuri împotriva ţînţarului care transmite boala. Totalitatea acestor măsuri constituie dezanofelizarea (lupta împotriva ţînţarilor prin site metalice la ferestre, insecticide etc.) şi lupta împotriva larvelor ţînţarului (asanarea bălţilor, curăţirea vegetaţiei de pe maluri, răspîndirea pe ape a unor larvicide, ca petrol, verde de Paris, DDT, gamexan, înmulţirea peştilor care consumă larve de ţînţari). Persoanele care se stabilesc într-o regiune impaludată se protejează cu atebrină sau paludrin (0,30 g o zi pe săptămînă).

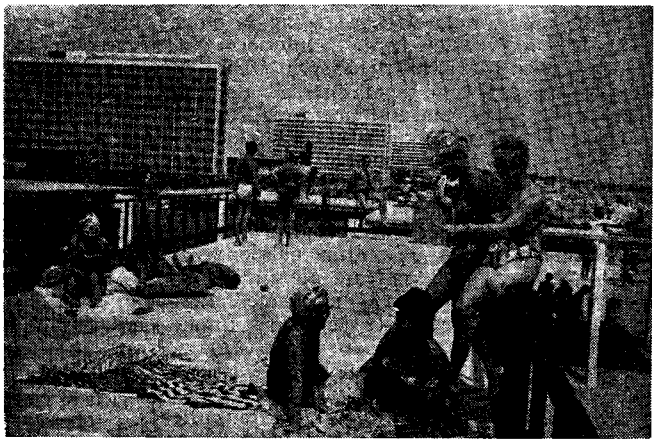
Malnaş, staţiune situată la 20 km de oraşul Sf. Gheorghe, la o altitudine de 565 m şi cu un climat subalpin, de cruţare. În staţiune se găsesc izvoare de ape carbogazoase alcaline şi feruginoase, indicate în boli digestive, de nutriţie şi respiratorii, precum şi mofete, folosite în tratamentul unor boli circulatorii.

Malpighi Marcello (1628—1694), anatomist şi fiziolog italian. A folosit sistematic microscopul în observaţiile anatomice, fiind cel dintîi care a constatat existenţa vaselor capilare; în felul acesta, teoria circulaţiei sanguine enunţată de W. Harvey şi-a căpătat demonstraţia anatomică deplină. Malpighi a descris structura stratificată a pielii, precum şi alcătuirea elementelor funcţionale ale rinichiului. Tot el a arătat că plămînul este un organ format din mici vezicule şi că ficatul este compus din lobi

Marcello Malpighi.

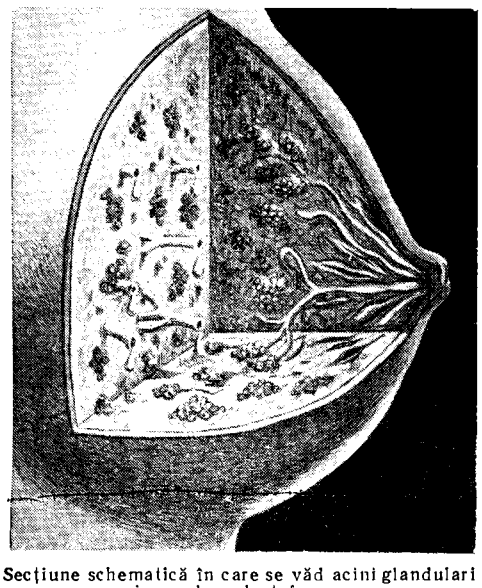
şi lobuli. Descoperirile sale în legătură cu structura fină a ţesuturilor şi organelor au pus bazele cercetărilor de histologie.

Mamaia, una din cele mai moderne şi mai frumoase staţiuni maritime de pe litoralul Mării Negre, situată la 5 km nord de oraşul Constanţa pe limba de uscat dintre lacul Siutghiol şi malul mării; a luat o dezvoltare extraordinară, în ultimii ani, prin grija regimului de democraţie populară, care a construit numeroase hoteluri, restaurante şi complexe de deservire. Mamaia are un climat maritim stimulant cu o medie a temperaturilor lunilor de vară ce nu depăşeşte 22° şi o durată de strălucire a soarelui de peste 2 200 de ore anual, adică aproape 50% din durata posibilă. Factorii de cură ai staţiunii sînt: plaja şi apa mării. Plaja se întinde pe o lungime de 5 km, are o lăţime de 100—200 m şi este acoperită cu un nisip foarte fin, format din calcar şi cuarţ. Talasoterapia se poate practica în staţiune în condiţii deosebit de favorabile, panta de trecere de la plajă spre mare fiind foarte lină.



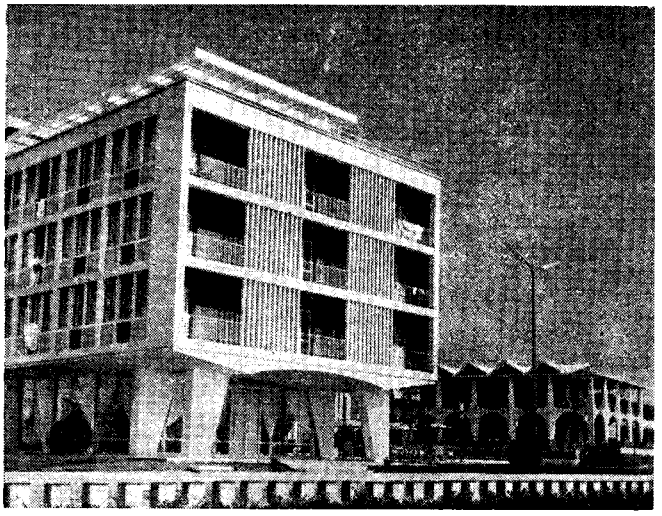
Mamaia.

mamelă, organ glandular, dezvoltat în special după pubertate. La om, în număr de două, glandele mamare sînt situate pe partea anterioară şi superioară a toracelui, deasupra muşchilor pectorali. Glandele mamare sînt alcătuite fiecare din lobuli glandulari, formaţi din numeroase canale galactofore. Între lobuli se găseşte ţesut gras, care contribuie la forma şi consistenţa glandei. Celulele glandulare se distrug parţial şi se elimină ca atare, sub forma secreţiei lactate (lapte) prin canalele galactofore, ce se deschid în centrul mamelei, într-o zonă mai proeminentă şi pigmentată, numită *mamelon.* În jurul mamelonului se găseşte o zonă de piele tot pigmentată, numită *areolă.* La bărbat, dezvoltarea glandelor mamare este foarte redusă şi numai în unele afecţiuni endocrine, ea poate duce la apariţia unor mamele mai dezvoltate. La femeie, dezvoltarea glandelor mamare este legată de dezvoltarea caracterelor sexuale în general, activitatea glandelor crescînd însă simţitor în timpul perioadei de alăptare, sub acţiunea unui hormon secretat de glanda hipofiză.



Secţiune schematică în care se văd acini glandulari şi canale galactofore.

Mangalia, cea mai sudică localitate balneoclimaterică de pe litoralul romînesc al Mării Negre, situată la o distanţă de 45 km de Constanţa. Ea are un climat uşor excitant din cauză că se află în plină stepă dobrogeană. Plaja de la Mangalia este una din cele mai frumoase plaje de pe litoralul nostru. În Mangalia există şi izvoare de ape sulfuroase, slab termale, care sînt folosite pentru inhalaţii: după captarea lor sistematică ele vor fi administrate şi în cura internă şi externă. Acţiunea de modernizare a oraşului Mangalia, dusă de către organele puterii populare a creat, printre altele un sanatoriu foarte modern, care posedă instalaţii de fizio şi hidroterapie, împachetări de nămol adus din lacul Techirghiol, precum şi un bazin acoperit, cu apă de mare încălzită, în care se pot face tot anul băi. În localitate există numeroase urme arheologice printre care şi urmele unor terme, atestînd faptul că staţiunea a fost folosită şi în acele vremuri în scopuri balneare.



Mangalia.

manie, termen prin care distingem două entităţi medicale distincte: într-un prim sens se folosea impropriu pentru a denumi o tulburare psihică caracterizată prin acţiuni de nestăpînit (impulsuri) în care bolnavul poate înfăptui chiar acte antisociale (cleptomanie, impulsuri pentru furturi; piromanie, impulsuri de a da foc caselor sau diferitelor obiecte; dromomanie, impulsul de fugă; cocainomanie; morfinomanie; dipsomanie) şi, într-alt sens, care a rămas în psihiatrie, pentru a desemna starea (faza) maniacală din cadrul bolii psihice denumită „psihoza maniacodepresivă". Starea maniacală reprezintă una din formele de manifestare a psihozei maniacodepresive. Este vorba deci de o boală care se poate manifesta fie sub forma maniacală (starea maniacală), fie sub forma depresivă (de aici şi denumirea de „nebunie alternativă" sau „nebunia cu formă dublă"). Starea maniacală, ca una din manifestările acestei boli, se caracterizează printr-o senzaţie subiectivă de voie bună nestăpînită, care se manifestă în aspectul şi comportamentul bolnavului. Bolnavii sînt excesiv de veseli, de exuberanţi, ideile pe care le expun se succed foarte rapid (fuga de idei) în aşa fel, încît nu reuşesc să le cuprindă în vorbirea obişnuită. In stările uşoare de boală (foarte rar), bolnavii pot realiza lucruri pe care înainte nu ar fi fost în stare. Dar dacă se depăşeşte această stare, gîndirea apare dezordonată, datorită goanei gîndurilor din mintea bolnavului. Din această cauză, bolnavul ajunge la concluzii false în raţionamentele sale, şi pe fondul de stare subiectivă de fericire, se dezvoltă în el impresia că posedă calităţi deosebite, fizice sau intelectuale, apare deci delirul de grandoare, care se manifestă printr-o împodobire vestimentară anormală (îşi pune flori pe cap, poartă culori ţipătoare, vestminte cu aspect ieşit din comun). Agitaţia psihică se însoţeşte de o agitaţie a întregului corp. Bolnavul este agitat, gesticulează, merge, vorbeşte neîncetat; aceeaşi excitabilitate crescută se manifestă uneori şi în domeniul sexual. Pentru precizarea diagnosticului şi tratarea bolii, bolnavul va fi internat obligatoriu într-un spital de specialitate. Psihoza maniacodepresivă este o boală care tratată corect şi la timp readuce în societate pe individ.

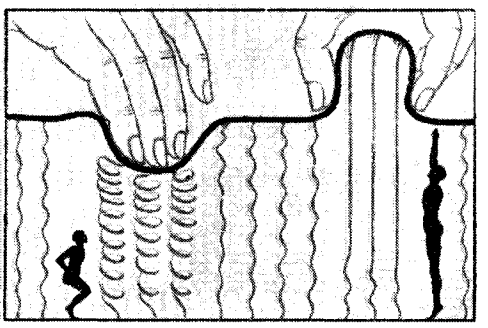
Manolescu Nicolae (1850—1910, oftalmolog si organizator sanitar romîn, profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti. A fondat, în 1875 Societatea studenţilor în medicină din Bucureşti. Cercetările sale asupra tratamentului conjunctivitei granuloase prin perierea feţei interne a pleoapelor au avut răsunet internaţional. In 1895 a publicat o importantă lucrare despre igiena ţăranului romîn. Ca director general al Serviciului sanitar, în 1903—1904, s-a preocupat de îmbunătăţirea asistenţei medicale acordate populaţiei rurale.

Marinescu Gheorghe (1863—1938), neurolog romîn. Era fiul unei văduve sărmane care, văzînd cît de dornic de învăţătură se arăta copilul său, a obţinut ca acesta să fie primit

Gheorghe Marinescu.

bursier la un seminar. Dar tînărul Marinescu a refuzat să devină preot şi s-a consacrat cu pasiune studiului medicinei. Cu sprijinul lui V. Babeş a fost trimis să-şi desăvîrşească pregătirea ştiinţifică la Paris, unde capătă curînd faima unui priceput neurolog şi histolog. La întoarcerea în ţară i se încredinţează conducerea Serviciului de neurologie de la Spitalul „Pantelimon", unde, în condiţii neînchipuit de grele, desfăşoară o activitate de cercetare cu răsunet internaţional. Monografia lui Marinescu „Celula nervoasă", publicată în 1909, la Paris, cu o prefaţă foarte elogioasă, semnată de Ramon Y Cajal, celebrul neurolog spaniol, laureat al Premiului Nobel, constituie cea mai cuprinzătoare expunere, apărută pînă la acea dată, despre morfologia, fiziologia şi patologia celulei nervoase. Această lucrare poate fi şi acum consultată cu folos de către specialişti. Lucrările sale în legătură cu afecţiunile musculare de origine nervoasă, reumatismul cronic deformant, encefalita letargică, isteria sînt citate în toate marile tratate. A publicat interesante studii în problema bătrîneţei. Cercetările lui Marinescu în domeniul biochimiei celulare îl aşază printre pionierii histofiziologiei moderne. În ultimii ani ai vieţii şi-a însuşit şi a dezvoltat metodele pavloviste de studiu obiectiv al activităţii nervoase superioare cu ajutorul reflexelor condiţionate. A fost un militant pentru progresul social, demascînd fără menajamente racilele regimului burghezo-moşieresc. A apărat ferm poziţiile materialiste în ştiinţele medicale, combătînd vitalismul şi susţinînd determinismul fenomenelor biologice.

masaj, acţiune mecanică sistematică exercitată la suprafaţa corpului omului sănătos sau bolnav, cu ajutorul unor manevre speciale. Masajul favorizează dilatarea vaselor pielii şi accelerează circulaţia sîngelui, creşte vascularizaţia ţesuturilor şi îmbunătăţeşte nutriţia şi metabolismul lor. Masajul poate fi igienic, sportiv, medical sau cosmetic. *Masajul igienic* previne depunerea excesivă de grăsimi sau săruri şi ajută la păstrarea stării de sănătate. *Masajul sportiv* — în care sînt masaţi succesiv toţi muşchii — acţionează favorabil asupra muşchilor obosiţi şi supraantrenaţi, contribuind la restabilirea capacităţii lor de muncă şi prin aceasta la perfecţionarea fizică a sportivului. *Masajul medical* se execută numai după indicaţia medicului. El influenţează atît organul afectat cît şi întregul organism. Poate fi supus masajului tot corpul (masaj general) sau numai partea lui afectată — laba piciorului, mîna, spatele (masaj local). Masajul medical este indicat în bolile sistemului cardiovascular şi ale aparatului respirator, în bolile metabolice (obezitate, gută, diabet zaharat), în tulburarea funcţiei motorii a intestinului (constipaţie), cît şi în tulburarea funcţiei secretorii a stomacului. Masajul medical se aplică mai ales în bolile şi traumatismele organelor de mişcare, în tratamentul sechelelor, afecţiunilor reumatice şi infecţioase ale articulaţiilor mîinilor, picioarelor şi coloanei vertebrale, în contuzii, entorse, luxaţii, fracturi rău consolidate cît şi în cazul limitării mişcărilor articulare din cauza traumatismelor. Masajul este indicat şi în bolile sistemului nervos, mai ales atunci



Masaj. Fibrele conjunctivo-elastice din piele fac şi ele... gimnastică.

cînd funcţia de locomoţie este tulburată (paralizii, pareze) în urma traumatismelor şi bolilor sistemului nervos central şi periferic. *Masajul cosmetic* se aplică, mai ales la nivelul feţei, în scopul creşterii elasticităţii pielii şi îmbunătăţirii nutriţiei ei. Manevrele de bază ale masajului sînt, netezirea, fricţiunea, frămîntatul (petrisajul), baterea şi vibraţia. Masajul este interzis în procesele inflamatoare acute, neoplasme, bolile sistemului venos şi limfatic (varice, inflamaţia venoasă acută, anevrisme, limfangite), în hemofilie, în bolile de piele şi în leziunile pielii. Automasajul se aplică în scopuri igienice mai ales dimineaţa. Masajul abdomenului se face culcat pe spate cu neteziri circulare şi cu uşoare mişcări de frămîntat de-a lungul intestinului gros (în dreapta de jos în sus şi în stînga de sus în jos). Un astfel de masaj este util în constipaţiile atone, adică constipaţiile condiţionate de atonia intestinului, în cazul peretelui abdominal gras şi flasc. Se face apoi masajul extremităţilor şezînd în pat. Se netezesc întîi şi se fricţionează extremităţile inferioare şi apoi cele superioare. Toate mişcările de masaj se execută de la periferie spre centru. Regiunea pieptului se fricţionează cu uşoare mişcări circulare. Fricţiunea şi netezirea cutiei toracice creşte afluxul sanguin spre plămîni, favorizează ventilaţia pulmonară, înlătură staza venoasă, uşurează respiraţia. Muşchii spatelui se masează în poziţia verticală; mîna dreaptă fricţionează jumătatea stîngă iar stînga jumătatea dreaptă; ceafa se masează de sus în jos. Masajul nu trebuie să depăşească 5—8 minute.

masochism, perversiune sexuală a unuia dintre parteneri care nu simte plăcerea sexuală de cît atunci cînd celălalt îl face să sufere (fie prin flagelare = lovire, fie prin cuvinte inju-

rioase). Cuvîntul vine de la numele lui Sacher-Masoch, un scriitor austriac care a suferit de această boală şi a descris-o. *Tratamentul* urmăreşte reeducarea acestora (vezi perversiuni sexuale).

mastită, infecţie a glandei mamare şi a ţesutului celuloadipos înconjurător. În primele zile de alăptare, la majoritatea lăuzelor se produc eroziuni (rosături) şi fisuri (crăpături) pe mameloane. Aceste fisuri, dacă nu sînt tratate prin suspendarea temporară a alăptării, prin pomezi cicatrizante şi raze ultraviolete, devin porţi de intrare pentru microbi în glanda mamară. Sînul se tumefiază (se umflă), se înroşeşte, devine dureros, temperatura creşte la 39—40° şi infecţia evoluează spre formarea unui abces. Tratamentul este chirurgical, prin deschiderea largă şi drenajul glandei mamare infectate. Pentru prevenirea mastitei se recomandă pregătirea sînului pentru alăptare încă din timpul sarcinii, tratarea imediată a fisurilor şi mai ales o riguroasă igienă a lăuzei, care trebuie să aibă unghiile tăiate scurt, să se spele pe mîini cu perie şi săpun şi să-şi dezinfecteze mameloanele înainte şi după fiecare alăptat.

maternitate, instituţie medicală special profilată pentru asigurarea celor mai bune condiţii de securitate şi confort, în vederea actului naşterii. În anii puterii populare, reţeaua maternităţilor a fost mult lărgită şi în mediul rural s-au înfiinţat aproape 2 000 de case de naştere (faţă de nici una în 1938). Numărul total al paturilor de asistenţă medicală pentru femei (inclusiv paturile pentru nou-născuţi) a crescut de la 2 100 (în 1938) la 21 796 în (1961). Semnificativă este şi proporţia naşterilor în maternităţi, care a fost de numai 2,2% pe ţară în anul 1938 (în mediul rural sub 0,01%!), ridicîndu-se la 74% în 1961 (93,2% în mediul urban). Toate naşterile care mai au loc la domiciliu primesc azi asistenţă calificată, în timp ce în trecut numai aproximativ o treime erau asistate de moaşă cu diplomă.

Secţie de nou-născuţi la Maternitatea „Polizu".

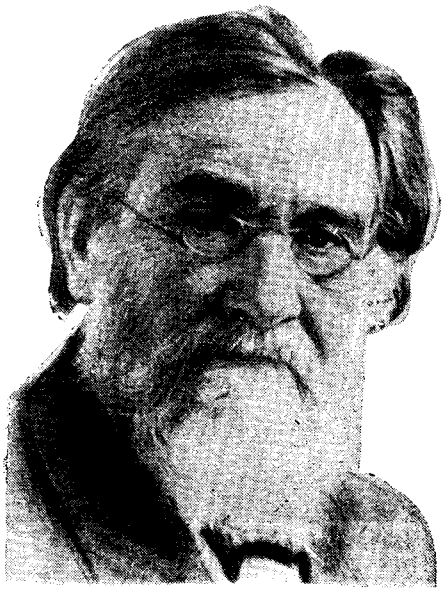
mărgăritărel, plăci albicioase în cavitatea bucală datorite îmbolnăvirii pin *Candida albicans* (vezi candidoze).

mătreaţă, mici cojiţe albicioase care se formează pe pielea capului. De cele mai multe ori, mătreaţa apare la persoane suferind de o boală denumită seboree, constînd în funcţia exagerată a glandelor grăsoase ale pielii (glande sebacee). La aceste persoane sînt tulburate procesele care reglează formarea substanţei cornoase de la suprafaţa pielii şi din păr, rezultatul fiind apariţia mătreţei şi căderea perilor. Prevenirea mătreţei reuşeşte într-o oarecare măsură printr-o bună igienă a pielii capului. Spălarea se va face în mod obligatoriu o dată la două săptămîni) (o spălare mai frecventă dăunează, deoarece produce o funcţie exagerată a glandelor sebacee). După uscarea părului, se va face un masaj energic al pielii capului cu o perie aspră, care activează bine circulaţia sîngelui. Persoanele cu mătreaţă vor evita folosirea briliantinelor. În

Maternitatea „Polizu" construită în anii regimului democrat-popular.

cazurile mai rebele se impune un tratament medicamentos, recomandat de un medic specialist.

Mecinikov Ilia Ilici (1845—1916), savant rus, unul din creatorii ştiinţei imunităţii. Printre strămoşii săi îndepărtaţi se numără



Ilia Ilici Mecinikov.

vestitul cărturar moldovean Nicolae Milescu Spătarul. În 1882 a demisionat din postul de profesor de zoologie şi anatomie comparată la Universitatea din Odessa, în semn de protest faţă de politica reacţionară aplicată în învăţămîntul superior de autorităţile ţariste. Peste cîţiva ani, el acceptă invitaţia lui Louis Pasteur de a conduce un mare laborator în institutul său recent înfiinţat la Paris. Mecinikov a rămas acolo pînă la sfîrşitul vieţii. El a devenit celebru prin descoperirea fenomenului fagocitozei, arătînd că rezistenţa organismului faţă de microbi se datoreşte capacităţii unor celule (în special, globulele albe din sînge) de a îngloba în interiorul lor, şi apoi a distruge bacteriile şi alte particule microscopice vătămătoare. Mecinikov a mai efectuat valoroase cercetări asupra agenţilor patogeni ai holerei şi sifilisului, precum şi asupra mecanismului îmbătrînirii şi al morţii. În 1908 a obţinut Premiul Nobel. Sub îndrumarea sa directă au lucrat la Institutul „Pasteur" din Paris savanţii romîni I.Cantacuzino, C.Levaditi şi Al. Slătineanu.

meconiu, masă verde-neagră, vîscoasă, fără miros, care se găseşte în intestinul nou-născutului şi se elimină în primele ore după naştere. Meconiul este compus din mucus, fire de păr (lanugo) înghiţite odată cu lichidul amniotic, epitelii şi resturi celulare, grăsimi, secreţii intestinale şi bilă. Prima eliminare de meconiu (primul scaun) are loc în primele 12 ore după naştere; dacă după 24 de ore nu s-a eliminat meconiu, poate fi vorba de o cauză patologică (imperforaţie anală, stenoză a intestinului). După 3—4 zile de la naştere, meconiul este înlocuit cu scaunul normal al sugarului (cu aspect şi culoare ca a jumărilor de ou).

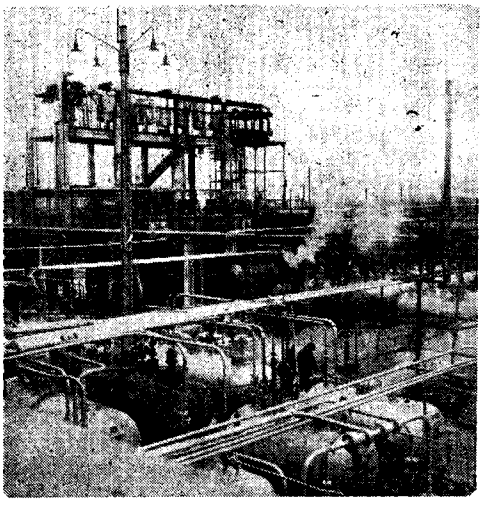
medic, persoană cu studii medicale superioare, care îmbină îngrijirea calificată a bolnavilor cu activitatea de prevenire a îmbolnăvirilor sau de prevenire a complicaţiilor şi recidivelor, în cazurile cînd îmbolnăvirea s-a produs. Trebuie subliniat că medicul este singurul om competent să rezolve problemele puse de îmbolnăvire. Orice încercare de a ocoli medicul în caz de boală, de a înlocui ştiinţa medicului cu imaginaţia proprie sau cu sfaturile unor „binevoitori" nepricepuţi, riscă să aibă urmări dintre cele mai serioase. Bolnavul care doreşte să fie bine îngrijit este dator să nu uite de cîteva obligaţii pe care le are faţă de medicul său: să-l solicite la primele semne de îmbolnăvire, fără a aştepta ca boala să înainteze şi să fie mai greu de tratat; să descrie cît mai fidel şi complet toate supărările care l-au îndemnat să apeleze la medic; să fie pe deplin sincer cu medicul său, să nu-i ascundă nimic; să nu-şi pună singur diagnosticul şi să nu insiste pentru a obţine anumite medicamente, examene radiologice, analize sau trimiterea la staţiunea pe care o socoteşte drept cea mai potrivită, dacă medicul nu este şi el de aceeaşi părere; să aibă încredere în medicul său şi în posibilităţile ştiinţei medicale de a lupta contra bolii sale şi contra bolilor în general; să respecte în totul prescripţia medicului, pînă la ultimul amănunt, fără cea mai mică abatere.

medicaţie, totalitatea factorilor terapeutici folosiţi în prevenirea sau combaterea unei boli. Ea presupune administrarea unor substanţe sau amestec de substanţe prelucrate farmaceutic într-o formă adecvată administrării, la om sau animal, factori materiali care vor acţiona pe cale chimică sau fizică asupra proceselor biochimice şi biofizice ce se desfăşoară în organismul sănătos, mărindu-i capacitatea de apărare, sau în organismul bolnav, ajutîndu-l să învingă boala. Administrarea medicamentelor este de fapt o intervenţie voit calculată, cu un scop precis, în schimbul continuu de materie care are loc între orice organism viu şi mediul înconjurător. Sub acest aspect, medicament poate fi considerat orice substanţă naturală de origine vegetală, animală, minerală sau orice substanţă sintetizată care, introdusă în organism, pe o anumită cale, într-o anumită cantitate şi la anumite intervale, îi influenţează favorabil starea de sănătate. După scopul urmărit se deosebesc: a) *medicaţie profilactică*, administrarea de medicamente unei persoane sau unei categorii sau grup de persoane în scopul preîn-

tîmpinării îmbolnăvirilor: administrarea de antibiotice (penicilină) la copii dintr-o clasă sau şcoală în care au apărut cîteva cazuri de scarlatină; administrarea de atebrină sau chinină pentru prevenirea malariei. b) *medicaţie curativă*, care contribuie la modificarea în sens favorabil a evoluţiei bolii, grăbind sau provocînd procesul de vindecare, ajutînd forţele de apărare ale organismului şi combătînd acţiunea agenţilor provocatori de boală, ca de exemplu: tratamentul cu antibiotice în bolile infecţioase. În această ordine de idei, medicaţia poate fi: — *strict etiologică* (de exemplu, eritromicina în cazul unui flegmon cu stafilococ sensibil la acest antibiotic), adică se urmăreşte numai combaterea directă a agentului care a provocat boala; *fiziopatologică* (de exemplu, medicaţia cu hormoni corticosuprarenali în bolile infecţioase) adică va combate unul din mecanismele principale care duc la agravarea bolii cauzate de un agent infecţios; — *adjuvantă şi tonică generală* (de exemplu, administrarea de antibiotice pentru combaterea febrei în diferite afecţiuni), adică anulează unele efecte secundare ale bolii sau aduce un aport mărit la factorii necesari întăririi organismului ale căror forţe de apărare sînt suprasolicitate şi la care aportul zilnic, obişnuit de vitamine, apare astfel insuficient iniţierii procesului de vindecare. După concepţia terapeutică se deosebesc: *a) medicaţie alopată*, astăzi universal acceptată, bazată pe principiul lui Hippocrat: *contraria contrariis curantur*, după care sînt administrate medicamentele care produc un efect contrar celui generat de îmbolnăvire, neutralizîndu-l; b) *medicaţie homeopată*, după concepţia *similia similibus curantur*, concepţie hippocratică reluată şi interpretată greşit de către preotul medic Hohnemann, la începutul secolului al XIX-lea, care prevede că medicamentul trebuie să dea naştere unor fenomene de acelaşi fel cu cel produs de boală. Teoria sa nu are nici o bază logică sau experimentală (a pornit probabil de la zicala: „cui pe cui se scoate", dar a uitat că mai există şi cleşte!); în afară de aceasta recomandă şi doze extrem de mici (mai puţin de o moleculă de substanţă activă la litru) care nu mai pot avea nici un efect în organism. În realitate, dozele medicamentelor nu pot fi stabilite prin „teorii", ci ele se calculează în funcţie de elementele experimentale şi pe cale de observaţie clinică, din practica medicală. O medicaţie bine alcătuită şi corect dirijată de-a lungul manifestării bolii de către un medic cu experienţă dă rezultate bune şi măreşte încrederea bolnavului într-o vindecare care nu poate să întîrzie. Se mai descrie o *medicaţie tonică*, constînd în administrarea unor substanţe care reechilibrează anumite funcţiuni ale organismului, de obicei în convalescenţă.

Farmacie.

Medicina populară românească îşi are rădăcinile în trecutul cel mai îndepărtat. Descoperirile arheologice au pus în evidenţă atît urme ale practicilor medicale curente în perioada comunei primitive (de pildă, efectuarea de trepanaţii craniene) cît şi indicii ale unor elemente de magie „vindecătoare" (s-au găsit, de pildă, statuete de zeităţi feminine, în legătură probabil, cu un cult al fertilităţii şi sănătăţii).



Fabrica de medicamente „Terapia" Cluj.

De-a lungul secolelor, medicina populară va reuni aceste două categorii de manifestări: pe de o parte, date empirice despre mijloacele de tratament verificate de experiența generațiilor, iar pe de altă parte, deprinderi iraționale, ca de exemplu descîntecele, avîndu-și originea în riturile magice. Vechii traco-daci dobîndiseră în lumea greco-romană faima unor pricepuți vraci și vindecători. Dealtminteri, însuși Asclepios, zeul tămăduirii bolilor și patronul medicinei, se crede că a fost împrumutat de elini din mitologia tracă. Pe fondul străvechi al cunoștințelor medicale acumulate de popoarele care au locuit cîndva în această parte a Europei s-au altoit apoi influențe ale medicinei romane și, mai ales, ale medicinei seminților slave. Astfel, folclorul nostru medical reprezintă o vastă sinteză în care s-au topit atît elemente terapeutice pozitive, cît și superstiții și pseudoexplicații mistice. Ar fi însă greșit să se creadă că medicina populară nu a evoluat în decursul timpului, menținîndu-se la străvechiul bagaj de practici și noțiuni. De fapt, medicina populară a împrumutat mereu din metodele de tratament și chiar din concepțiile medicinei culte, numai că aceste împrumuturi au fost nesistematice, iar deseori s-au realizat prin alterarea și degradarea unor cuceriri ale științei medicale. La rîndul ei, medicina savantă s-a inspirat în permanență din tezaurul folclorului medical. Nenumărate medicamente preparate azi de industria farmaceutică au figurat cîndva sub o formă sau alta, în arsenalul medicinei populare. Este suficient de menționat că locuitorii Americii precolumbiene cunoșteau efectele vindecătoare ale scoarței arborelui de chinină, din care s-a extras ulterior atît de eficacele remediu antimalaric. Cîțiva cercetători de la Cluj au studiat, în ultimii ani, proprietățile curative ale unor „buruieni de leac" și ale unor preparate populare de organe de origine animală. S-a dovedit că, în marea majoritate a cazurilor, indicațiile terapeutice existente în folclorul medical corespund cu datele științei. Desigur, de aici nu trebuie trasă concluzia că, în epoca noastră cineva s-ar putea limita la prescripțiile doftoroaielor și ale vracilor. Progresele realizate de științele medicale, atît în ceea ce privește diagnosticul, cît și tratamentul, sînt atît de mari, încît ar fi o dovadă de inconștiență să recurgi la leacurile băbești. Clinicienii și farmacologii cercetează cu atenție proprietățile curative ale mijloacelor terapeutice populare, în căutarea unor noi substanțe medicamentoase, care să fie puse în folosință sub forma de prezentare cea mai corespunzătoare. Numai medicul este calificat să prescrie medicamentul necesar, în doza cuvenită și în condițiile generale de tratament care să asigure vindecarea. Cît privește latura magică a folclorului medical, ea nu numai că îndeobște nu prezintă valoare terapeutică dar adesea are efecte dăunătoare asupra stării sufletești a bolnavului. „Psihoterapia", adică tratamentul prin sugestie care s-ar realiza cu ajutorul descîntecului, este foarte discutabilă. Astăzi, simpla prezență a medicului insuflă bolnavului mult mai multă încredere în perspectiva vindecării de cît boscorodelile ridicule ale descîntătoarei. În anii regimului democrat-popular, întreaga populație a țării, de la orașe și sate, beneficiază de asistență medicală calificată, prin creșterea fără precedent a numărului medicilor și prin judicioasa lor repartiție teritorială, prin înființarea de numeroase policlinici și spitale din ce în ce mai bogat dotate, prin crearea unor rețele de specialitate. Totodată a luat ființă propria noastră industrie farmaceutică, a cărei producție se dezvoltă continuu atît cantitativ cît și calitativ. În asemenea condiții, cîmpul de acțiune al vechii medicini populare se restrînge necontenit, tinzîndu-se către dispariția a ceea ce constituia folclorul medical. Iată o listă a denumirilor populare ale cîtorva boli și sindroame mai frecvente: *albeață* (leucom), *aplecare* (indigestie), *blîndă* (urticarie), *boala copiilor, ducă-se pe pustii* (epilepsie) *brîncă* (orbalț, erizipel), *bubă dulce* (impetigo), *bubă neagră, dalac* (antrax), *dambla* (congestie cerebrală), *deochi* (indispoziție generală, manifestată mai ales prin migrenă și pusă pe seama pretinsei influențe vătămătoare a privirii anumitor persoane), *dropică* (ascită), *fălcariță* (tetanos), *friguri* (malarie), *gălbenare* (icter), *gîlci* (amigdalită), *gușter, șopîrlaiță* (anghină diftерică), *jupuială* (pelagră), *lingoare* (febră tifoidă), *năduf* (astm), *năjit* (otită), *oftică* (tuberculoză pulmonară), *pecingine* (tricofiție), *pîntecăraie, treapăt, urdinare* (diaree), *poală albă* (leucoree), *pojar, cori* (rujeolă), *rac* (cancer), *răpciugă* (morvă), *sculament* (blenoragie), *sfrențe* (sifilis), *sugiu* (panarițiu), *surpătură* (hernie), *trînji* (hemoroizi), *troahnă* (stare gripală), *tuse măgărească* (tuse convulsivă), *vărsat, vărsat negru, bubat* (variolă), *vărsat de vînt* (varicelă). Foarte puține din aceste denumiri se mai păstrează în uzul curent, iar unele din ele au devenit total necunoscute generațiilor mai tinere. Însuși acest fapt demonstrează progresele pe care le-au făcut la noi educația sanitară și în general, ridicarea nivelului igienico-sanitar al maselor.

medicină, știință al cărei obiectiv îl constituie apărarea și întărirea sănătății, precum și recuperarea sănătății în cazul pierderii vremelnice a acesteia. În această concepție, medicina înseamnă mult mai mult decît arta de a vindeca, așa cum se înțelegea mai de mult. În zilele noastre, vechea barieră artificială dintre medicina curativă și medicina preventivă a căzut; ele formează un tot unitar. Medicina contemporană cunoaște un proces continuu, care se desfășoară într-un ritm extrem de rapid și este facilitat de dezvoltarea uluitoare a altor ramuri ale științei — fizica nucleară, electronica, cibernetica, chimia și altele — cu care medicina se întrepătrunde într-o măsură mereu

mai accentuată. Operațiile pe creier, pe plămîni și pe inima deschisă au intrat în practica curentă. Organe artificiale (inimă-plămîn artificial, rinichi artificial) suplinesc pentru un timp organele omului, făcînd posibile intervenții medico-chirurgicale care altă dată erau de neconceput. Cu pași mari se îndreaptă azi medicina către dezlegarea tainelor ce-i mai stau în față. De pe acum, ea dispune de arme puternice în lupta contra unei boli grave, cum este cancerul, și se apropie de lămurirea deplină a cauzelor acestei boli. În țara noastră, medicina a luat o puternică dezoltare. Numeroasele facultăți de medicină, institute științifice, spitale clinice și unități medicale de toate tipurile create în ultimii ani, duc mai departe tradițiile materialiste ale medicinei romînești, ilustrate de mari savanți de renume mondial cum au fost Babeș, Marinescu, Cantacuzino și alții. Prestigiul medicinei noastre este unanim recunoscut peste hotare și se afirmă în numeroase reuniuni științifice organizate pe întregul cuprins al globului.

melancolie, termen folosit în psihiatrie pentru denumirea stării psihice opuse sindromului maniacal. Bolnavul simte în sine o stare de tristețe, de suferință profundă, de descurajare, nu simte nici o bucurie de viață. Ca urmare a acestei stări ajunge la concluzii deprimante și în mintea sa se organizează diferite deliruri (delir de autoacuzare, de ruinare), care nu corespund cu realitatea. Bolnavii, convinși de realitatea delirurilor, nu au conștiința bolii lor. Mania și melancolia (sindromul maniacodepresiv), constituie aspecte (faze) ale aceleiași boli. *Tratamentul* se face numai în spital și urmărește scoaterea bolnavului din criza de depresiune (melancolie): somnoterapie, șocuri insulinice. În vorbirea curentă, termenul este folosit impropriu pentru a desemna o stare de tristețe, de deprimare, care poate apărea uneori accentuată (în nevroza astenică cu elemente depresive).

Ménière (boala), afecțiune a urechii interne care se manifestă în crize mai mult sau mai puțin dese, despărțite prin perioade de bine. În timpul crizei, la urechea bolnavă apar vîjîituri, țiuieli, auzul scade. Cele mai neplăcute sînt senzațiile de ameteală (cu senzația de învîrtire a obiectelor din jur), însoțite de greață, vărsături, transpirații, paloare. Durata unei crize este de obicei de cîteva ore, după care totul revine în normal. Cauzele bolii sînt variate: infecții acute sau cronice (sifilis, paludism, oreion, febră tifoidă etc.), intoxicații (alcool, tutun, plumb), tulburări vasculare (arterioscleroză, spasme, hemoragii) etc. În timpul crizelor, bolnavul va urma tratamentul medicamentos prescris și va sta culcat într-o cameră liniștită. În afara crizelor se cercetează și se tratează afecțiunea cauzală.

meningite, boli infecțioase, cele mai multe acute, unele contagioase, caracterizate prin durere de cap, febră, vărsături, fotofobie, contracția mușchilor cefei, modificări importante în lichidul cefalorahidian. Agenții patogeni care produc meningite sînt variați: microbi, virusuri, rickettsii, ciuperci. Ei se localizează în spațiul subarahnoidian, producînd inflamația meningelor. *Meningite microbiene:* a) meningita cerebro-spinală epidemică (meningita cu meningococi) este produsă de meningococ. Este o boală acută, infecțioasă și contagioasă. Incubația durează 3—5 zile. Începe brusc, cu frison puternic, apoi febră mare, dureri mari de cap, vărsături, fotofobie. În formele grave, bolnavul este confuz, uneori chiar în comă. Lichidul cefalorahidian extras prin puncție lombară este tulbure, purulent, conținînd un mare număr de meningococi, care pot fi puși în evidență prin examenul de laborator. De asemenea, lichidul cefalorahidian conține un mare număr de leucocite (polinucleare). Tratamentul se face cu antibiotice în doze mari (penicilină, sulfamide, cloramfenicol), timp de aproximativ 10 zile. Îngrijirile igienice (curățenia gurii în special), cît și alimentația (în special administrarea lichidelor), au importanță deosebită. Boala se vindecă în 7—10 zile dacă tratamentul a fost aplicat corect. Mai rar formele grave produc moartea bolnavului. Netratată, boala duce aproape totdeauna la moarte. Boala se transmite direct aerogen de la bolnavi sau de la purtători sănătoși de meningococ. Boala face parte din grupa A, adică este de declarare și izolare obligatorii în spitalul de boli contagioase; b) meningita pneumococică este produsă de pneumococ. Adesea este secundară unei otite, mastoidite sau pneumonii. Este mai gravă decît cea meningococică, nu este contagioasă și se tratează cu cantități mult mai mari de antibiotice administrate timp mai îndelungat. Alte meningite microbiene, mai rare, pot fi produse de alți germeni: stafilococul, streptococul, baciulul cărbunos, bacilul Friedländer, *Haemophilus influenzae.* Se tratează cu antibiotice deosebite după sensibilitatea microbului respectiv. Necesită de cele mai multe ori și introducerea de antibiotice în lichidul cefalorahidian. Nu sînt contagioase; c) meningita tuberculoasă este produsă de bacilul Koch. Debutul este lent, cu dureri de cap, febră care crește treptat; după 10—12 zile de la debut apar de obicei paralizii ale unor nervi cranieni (mai ales nervii motori oculari, producînd strabism). În același timp, starea generală se agravează treptat, bolnavul devine confuz și intră în comă cam după 15 zile de la debut. Moartea se produce totdeauna în boala netratată în a 20-a sau a 21-a zi de la debut. *Tratamentul* se face cu antibiotice cu acțiune antituberculoasă (streptomicină, hidrazida acidului izonicotinic, acid paraaminosalicilic) și durează 5—6 luni pînă la normalizarea lichidului cefalorahidian. Tratată corect și la timp, boala se vindecă în pro-

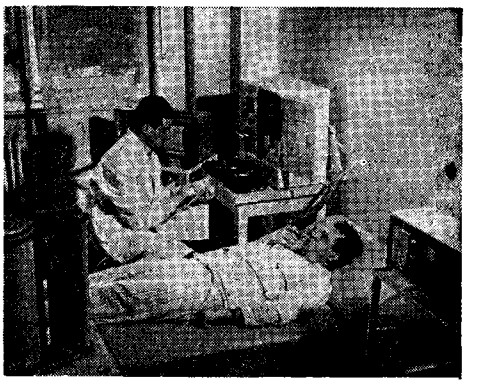
porție de peste 90%. *Meningite virotice:* meningita limfocitară benignă este o boală acută infecțioasă, uneori contagioasă, care poate fi produsă de mai multe virusuri (virusul Amstrong, virusurile *Coxsackie*, ECHO, al poliomielitei, al oreionului). Debutul este brusc: bolnavii au dureri de cap, febră, vărsături, cu starea generală relativ bună și cu psihicul de obicei normal. Boala se vindecă spontan în 4—10 zile. Lichidul cefalorahidian este clar sau opalescent, conținînd un număr mult mai mic de leucocite (limfocite) decît în meningitele microbiene. Virusul se poate pune în evidență în lichid, prin culturi sau inoculări de animale, sau în laboratoare de inframicrobiologie. *Tratamentul* este simptomatic: piramidon, antinevralgice, repaus la pat. Antibioticele nu au acțiune asupra virusului.

menopauză (climacteriu, dimax), fenomen fiziologic complex și normal caracterizat prin modificări multiple endocrine, a cărei manifestare evidentă este oprirea menstruației. Vîrsta medie de instalare a menopauzei este 45—50 de ani la foarte multe femei (nu la toate), simptomele generale ale menopauzei se caracterizează prin senzația unor bufeuri (valuri) de căldură, palpitații, hipertensiune arterială, manifestări reumatismale, tendință la obezitate, tulburări nervoase (instabilitate, stări depresive, anxietate), care pot fi de intensitate variabilă, uneori accentuate, alteori abia schițate. Încetarea menstruației este precedată de obicei de menstruații abundente și frecvente, după care urmează menstruații rare, la 3—4 luni, pînă cînd încetează definitiv. Cînd instalarea menopauzei se face fără manifestări zgomotoase, ea nu necesită nici un tratament. Atunci cînd tratamentul medicamentos este necesar, acesta constă din sedative nervoase și hormoni (testosteron simplu sau asociat cu progesteron sau sintofolin). *Tratamentul* hormonal va fi efectuat numai la indicația și sub controlul medicului.

menstruație, pierderea de sînge din uter prin vagin care se produce la femeia negravidă, în fiecare lună, de la pubertate pînă la menopauză. Cantitatea de sînge menstrual variază între 30 și 80 ml zilnic și durează 4—5 zile. Sîngele menstrual nu se coagulează și are o reacție chimică alcalină. În timpul menstruației se elimină mucoasa uterină, care în perioada dintre două menstruații a fost pregătită sub influența hormonilor ovarieni pentru a primi ovulul fecundat. Dacă fecundația nu s-a produs, mucoasa este eliminată, eliminare care este însoțită de pierderi de sînge. În perioada care precede menstruația se produc o secreție vaginală mai abundentă ca de obicei, o congestie mamară și o ușoară iritabilitate a femeii. La femeia sănătoasă toate aceste modificări trec aproape neobservate. Intervalul dintre două menstruații — ciclul menstrual — este în medie de 28 de zile. Dereglările ciclului menstrual se manifestă prin: absența menstruației (amenoree) menstruație puțină (hipomenoree), menstruație prelungită (menoragie), menstruație dureroasă (dismenoree). Aceste tulburări sînt legate fie de alterarea funcției ovariene, fie de procese inflamatorii sau tumori la nivelul organelor genitale sau de boli generale ale femeii. Tratamentul tulburărilor menstruale este o problemă complicată care trebuie rezolvată numai de un medic de specialitate (endocrinolog-ginecolog). Schimbările care se produc în organismul femeii în timpul menstruației necesită respectarea unor riguroase măsuri de igienă. În timpul menstruației, femeia va evita eforturile fizice deosebite, emoțiile, constipația și consumarea de băuturi alcoolice. Spălarea organelor genitale se va face cu apă caldă și săpun; sînt interzise spălăturile vaginale cu irigatorul, ca și raporturile sexuale. Spălarea corpului se va face sub duș, iar băile în mare și stranduri sînt interzise. Pentru combaterea durerilor se iau antispastice, antinevralgice sau se pun pe abdomen sticle cu apă caldă sau termofor. Menstruația regulată ca dată și cantitate oglindește starea sănătății femeii; orice tulburare a menstruației trebuie să hotărască femeia să consulte medicul.

metabolism: chiar dacă înfățișarea corpului nu se schimbă de cît încet în timpul vieții, conținutul lui, adică substanțele care îl compun, se primenesc complet, neîncetat, într-un ritm foarte rapid. Acest proces de primenire caracterizează materia vie și are loc prin reacții chimice complexe, care alcătuiesc în totalitate metabolismul general, adică prefacerea substanțelor. În timpul vieții, celulele organismului se uzează, cresc și se refac. Uzura ar duce la distrugerea organismului, dacă în același timp nu ar avea loc și un proces de înlocuire a materiei vii uzate, cu altă materie vie, formată pe seama elementelor nutritive, pe care organismul și le procură din mediul înconjurător. Concomitent cu procesul de uzură se desfășoară deci un proces continuu de refacere (sau de sinteză) a materiei vii. Transformarea alimentelor în materie vie se numește anabolism sau asimilație. Uzura materiei vii poartă numele de catabolism sau dezasimilație. Anabolismul și catabolismul, deci totalitatea transformărilor suferite de substanțele introduse în organism, poartă într-un cuvînt numele de *metabolism*. Alimentele sînt alcătuite din diferite principii alimentare (glucide, lipide, protide). Fiecare principiu alimentar suferă anumite transformări, specifice numai lui. Transformările unui singur principiu alimentar din momentul absorbției pînă în momentul eliminării lui sînt numite pe scurt *metabolism special* sau *intermediar*. Suma metabolismelor speciale, deci totalitatea transformărilor suferite de toate principiile alimentare, alcătuiesc *metabolismul general*. Metabolismul principiilor alimentare are efecte care se pot grupa în trei categorii: 1) *Efecte plastice*. Substanțele

transformate intră în alcătuirea materiei vii a celulelor, reparînd procesele de uzură şi determinîndu-le creşterea. La copii, anabolismul depăşeşte catabolismul şi ca urmare organismul acestora creşte în volum şi greutate. La adulţi, cele două procese se echilibrează, iar la bătrîni se tinde la o dezechilibrare, în favoarea catabolismului, Ca urmare, bătrînii scad în volum şi greutate (vezi creştere). 2) *Efecte energetice.* În urma reacţiilor chimice tisulare se produc. *energie calorică* (sau căldură), *electrică* (biocurenţi sau curenţi electrici biologici) şi *mecanică* (mişcare, modificare de dimensiuni şi poziţie). 3) *Efecte reglatoare.* Unele substanţe, pînă a fi eliminate din corp, exercită influenţa de reglare a unor funcţii din organism (vezi hormon). A. *Metabolismul glucidelor:* glucidele conţinute în unele alimente (vezi aliment) sînt resorbite în intestin sub formă de monozaharide. În ficat şi muşchi pot fi depozitate sub formă de glicogen, care se transformă la nevoie în glucoză. În celule, hidraţii de carbon intră în cantitate redusă în compoziţia protoplasmei celulare, iar cea mai mare parte este arsă pînă la formarea de CO_2 şi H_2O. O altă parte se poate transforma, în anumite condiţii, în grăsimi. Între absorbţia, depozitarea, arderea sau eliminarea glucozei există un echilibru care menţine cantitatea de glucoză în sînge, în jurul valorii de 1 g la litru. Scăderea zahărului din sînge *(hipoglicemie)* duce la mobilizarea glicogenului hepatic, adică la eliberarea lui din ficat şi la transformarea în glucoză. Creşterea glicemiei *(hiperglicemie)* are un efect contrar, favorizînd depozitarea glucozei şi transformarea ei în grăsimi. Creşterea glicemiei peste o anumită limită face ca această substanţă să se elimine prin urină. Eliminarea glucozei prin urină se numeşte *glicozurie.* Reglarea glicemiei (a cantităţii de glucoză din sînge) se face astfel: a) centrii nervoşi de la baza creierului pot determina creşterea sau scăderea glicemiei pe cale nervoasă sau hormonală; b) sistemul nervos simpatic, fie direct, fie prin intermediul glandei suprarenale, duce la mobilizarea glicogenului hepatic (hiperglicemie); c) glandele hipofiză, tiroidă şi medulosuprarenală au efect asemănător sistemului nervos simpatic, adică hiperglicemiant; *d*) glanda suprarenală corticală şi pancreasul, prin insulină, au efect hipoglicemiant. În timpul activităţii musculare, glucoza este consumată în cantitate mare, apărînd în urma transformărilor chimice acidul lactic. Apoi 4/5 din acidul lactic se retransformă în glucoză, iar 1/5 în CO_2 şi H_2O. Aceste transformări chimice din muşchi sînt sursa energiei mecanice (contracţia) şi a căldurii. În cazuri anormale, acumularea mare de acid lactic în muşchi poate da senzaţii dureroase (crîcei). B. *Metabolismul lipidelor (grăsimilor).* Prin digestie, grăsimile din alimente sînt descompuse în *glicerină* şi *acizi graşi.* Glicerina se absoarbe uşor, fiind solubilă în apă, iar acizii graşi se absorb combinaţi cu substanţele alcaline din sucul intestinal. În limfă, grăsimile se refac, şi sub această formă ajung la ficat şi ţesutul subcutanat, unde se depozitează în mare parte. Pentru arderile tisulare, rolul principal îl au acizii graşi care alcătuiesc 95% din grăsimile absorbite, restul de 5%



Înregistrarea metabolismului bazal.

fiind reprezentat de glicerină. Din arderea completă a grăsimilor rezultă CO_2 şi H_2O, precum şi 7—9 calorii pentru fiecare gram de lipide oxidate. Din arderea incompletă a grăsimilor rezultă substanţe numite corpi cetonici, care se elimină prin urină, transpiraţie şi respiraţie, avînd un miros de mere stricate. Din grăsimile depozitate, o parte sînt oxidate în CO_2 şi H_2O, iar alta intră în compoziţia celulelor, numindu-se *grăsimi de structură.* Cînd organismul slăbeşte, sînt consumate grăsimile de depozit, cele de structură nefiind influenţate. Reglarea metabolismului lipidic se face de către centrii nervoşi de la baza creierului, prin intermediul sistemului nervos vegetativ şi al glandelor endocrine. Sistemul nervos simpatic mobilizează grăsimile din depozite şi stimulează catabolismul lor. Sistemul parasimpatic are o acţiune inversă. Dintre glandele endocrine, tiroida micşorează depozitele de grăsime, iar ovarele, hipofiza şi corticala suprarenală pot produce o îngrăşare excesivă numită *obezitate.* Pentru faptul că din metabolizarea lor rezultă multă căldură, grăsimile sînt utilizate în special iarna şi sînt evitate vara. C. *Metabolismul protidelor.* Absorbţia de aminoacizi în sînge poate avea ca urmare fie o formare de uree (în ficat), fie o transformare în glucide, fie că aceşti aminoacizi intră în compoziţia protoplasmei celulare. În reglarea metabolismului proteic iau parte atît centrii nervoşi de la baza creierului, cît şi unele glande endocrine, cum sînt tiroida, suprarenala, hipofiza. D. *Metabolismul apei.* Apa absorbită în sînge este transformată de ficat în soluţie izotonică cu conţinut de substanţe anorganice, asemănător sîngelui. Ficatul este şi unul din principalele organe de

depozit ale apei. Din vase, apa trece în spațiile intercelulare, intrînd în compoziția lichidului interstițial și a limfei. Din lichidul interstițial, apa poate intra în celule, în compoziția acestora, sub formă de *apă de constituție*. Între apa din spațiile intercelulare și cea din sînge există relații de echilibrare reciprocă; astfel, cînd apa din sînge scade (transpirații, diaree, hemoragii), volumul sîngelui se reface pe baza apei care trece din spațiile interstițiale în vase. Invers, cînd cantitatea de lichide în sînge crește (după o ingestie masivă de apă) o parte din aceasta trece în spațiile intercelulare, pînă la restabilirea unei concentrații normale a sîngelui. Soarta apei în organism este strîns legată de cea a clorurii de sodiu cu care migrează împreună. Clorura de sodiu *trage după sine apa* fie către vas, fie în afara lui, prin mecanismul *osmozei*. Metabolismul apei este reglat de centrii nervoși de la baza creierului. Lobul posterior al hipofizei reține apa în organism. Tiroida are un efect diuretic. Glanda suprarenală și pancreasul (prin insulină) intervin, de asemenea, în echilibrul apei în organism. E. *Metabolismul mineralelor. Fosforul* și *calciul* sînt absorbite sub formă de ioni și, trecînd în sînge, rămîn ca atare sau se leagă de proteine. O parte din fosfor și calciu se depozitează în oase, sub formă de fosfați de calciu. La nevoie, aceste elemente trec din oase în sînge. Depozitarea și mobilizarea fosforului și a calciului se fac sub influența hormonului glandei parotide, la care se adaugă și influența vitaminelor D_2 și C și a hormonului ovarian numit foliculină. *Clorul*, *sodiul* și *potasiul* se absorb ca atare, sau sub formă de săruri, în combinație cu alte substanțe alimentare. Clorura de sodiu reprezintă factorul principal în reglarea presiunii osmotice a sîngelui; clorul intră în constituția sucului gastric sub formă de acid clorhidric; sodiul se găsește sub formă de săruri mai ales în plasmă și lichidul interstițial; potasiul există tot sub formă de săruri mai ales în celule. Metabolismul clorului, sodiului și potasiului este reglat în special de glanda corticală suprarenală. *Fierul* intră în compoziția hemoglobinei. Se absoarbe sub formă de fier bivalent și se depozitează mai cu seamă în ficat. *Iodul* este important mai ales în funcția tiroidei, glandă care îi controlează și metabolismul. În carența de iod, apare boala numită *gușă endemică*, întîlnită mai cu seamă în regiunile deluroase ale țării. *Metabolismul bazal* reprezintă totalitatea arderilor din organism în condiții de repaus complet. Pentru efectuarea acestor arderi se consumă o cantitate de oxigen (O_2) și ca efect al lor se elimină o cantitate de bioxid de carbon (CO_2). Măsurînd O_2 consumat și CO_2 produs de o persoană într-un timp de cîteva minute, putem aprecia intensitatea arderilor din organismul persoanei respective. În spital, cu aparate speciale de măsurat metabolismul bazal, se poate calcula, dacă aflăm consumul de O_2 al unei persoane în cîteva minute, care este *metabolismul* persoanei respective. Comparînd valorile obținute (cu alte cuvinte cît O_2 consumă) cu valorile standard (adică cu cît ar trebui să consume persoana respectivă în mod normal, ținînd seama de greutatea, vîrsta, înălțimea și sexul ei), putem aprecia dacă *metabolismul* persoanei analizate este normal, ori crescut sau scăzut față de cel normal. Cum din arderile ce au loc în organism rezultă căldură cu atît mai multă, cu cît aceste arderi sînt mai puternice, metabolismul unei persoane se poate exprima în *calorii*. Valoarea normală a metabolismului bazal este de aproximativ 1 300—1 500 calorii în 24 de ore pentru un om mijlociu, adult. Aceste valori sînt mai ridicate în efort, în sarcină, la copii, în unele boli, atingînd 2 500—3 500 calorii. Utilitatea măsurării metabolismului bazal este dublă: pe de o parte, ne indică numărul de calorii minim pe care trebuie să-l reprezinte *ratia alimentară* (vezi aliment) și, pe de alta, ne dă indicații asupra existenței unor boli (de exemplu boala Basedow). Măsurarea metabolismului bazal ne dă indicații asupra metabolismului general al organismului, în condiții de repaus complet (fizic, psihic, digestiv, termic). Pentru cunoașterea metabolismelor intermediare există mijloace chimice de specialitate. Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească persoana căreia i se face examenul de metabolism bazal se numesc „condiții bazale". Aceste condiții sînt: repaus fizic de minimum 30 de minute; temperatură ambiantă de 18—20°; excluderea din alimentație, în ziua precedentă examenului, a proteinelor, precum și întreruperea medicației calmante. Bolnavul va fi examinat dimineața pe nemîncate și fără a fi fumat. Femeile trebuie să fie la distanță de cîteva zile de perioada menstruației.

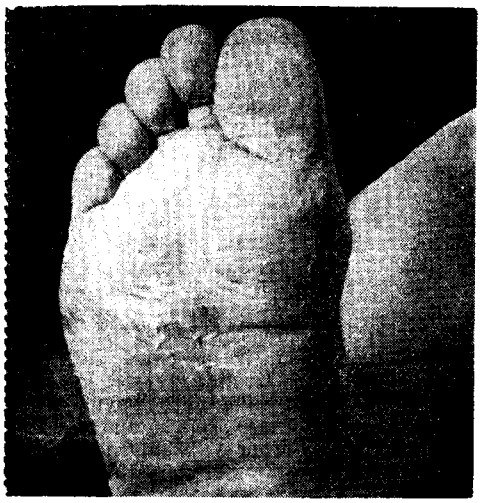
micoze, îmbolnăviri ale pielii și părului la om și animale (pisici, cîini, cai, viței), datorită unor specii de ciuperci parazite purtînd numele general de dermatofiți. Micozele pot fi împărțite în patru grupe mari: a) *Pilomicozele*, în care sînt cuprinse tricofiția, microsporia și favusul. b) *Epidermomicozele*, cuprinzînd grupul epidermofițiilor. c) *Keratomicozele*, unde se descriu două forme apărînd exclusiv pe pielea lipsită de păr: eritrasma și pitiriazisul versicolor. d) *Micozele profunde*, unde sînt incluse actinomicoza și sporotricoza. *Pilomicozele* se localizează mai ales pe pielea capului la copii (numai favusul poate da leziuni și la adulți). Ele se caracterizează prin plăci de dimensiuni variabile, acoperite cu mici cojițe albe, în care părul este rupt. În favus se mai văd mici depozite de spori, rotunde, de culoare galbenă, denumite godeuri. Pe de altă parte, în această boală, leziunile au un miros caracteristic de urină de șoarece. După vindecare, în tricofiție și microsporie, părul crește normal; în favus însă rămîn

Favus al pielii capului.

cicatrice lipsite de păr. Dermatofitul care le-a produs poate fi pus în evidență cu ușurință, în scuame, cît și în firele de păr învecinate. O formă mai specială de pilorhicoză este Kerion Celsi, apărînd ca o placă rotundă, presărată ca un burete cu mici orificii prin care se scurge puroi. Pilomicozele mai pot da leziuni și pe pielea lipsită de păr, sub forma unor plăci roșiatice, acoperite cu scuame albe, avînd la periferie un chenar de vezicule.

Microsporia pielii capului.

Ele pot cuprinde, de asemenea, unghiile, dînd perionixisuri și onicomicoze caracterizate printr-o umflare roșiatică a pielii din jurul unghiei și fărîmițarea lamei ungheale. *Epidermomicozele*, datorite epidermofitonilor, se localizează în special la inghine sau la degetele



Epidermofiția interdigitală.

și tălpile picioarelor, unde provoacă pete roșii, cu vezicule caracteristice la margine. Din cauza condițiilor locale, între degetele de la picioare se produc macerații și eroziuni, însoțite de dureri și greutate la mers. Eritrasma formează plăci roșii-brune net delimi-

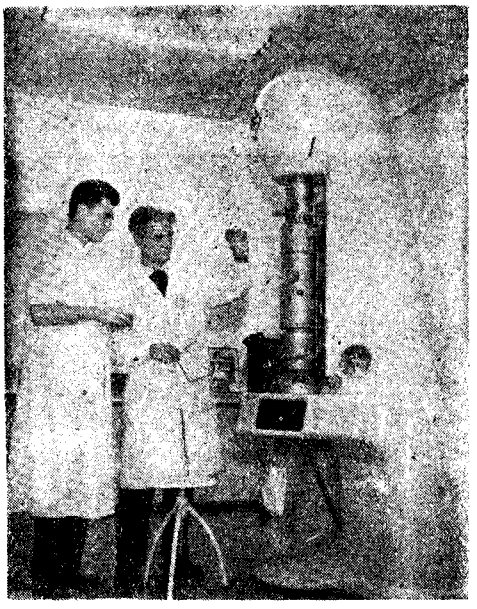
Leziune de tricofiție.

tate, cu ușoară descuamare în special la subsuori sau inghine. Pitiriazisul versicolor este descris la litera P (vezi Pitiriazis versicolor). Micozele profunde sînt rare. Ele se caracterizează prin noduli profunzi, care se sparg, formînd fistule prin care se scurge un puroi

amestecat cu grăunțe compuse din sporii ciupercilor. Dermatomicozele sînt boli contagioase, ele transmițîndu-se cu ușurință de la animal la om sau de la om la om, mai ales la copii. Profilaxia lor este o problemă importantă și prevede controlul copiilor din școli, cămine etc. Copiii găsiți bolnavi vor fi izolați pînă la vindecare. Ei nu vor avea voie să frecventeze frizeriile, băile. Ceilalți copii vor fi supravegheați și trataţi la apariția primului semn de boală. În fiecare caz se va căuta și izvorul de îmbolnăvire, care poate fi reprezentat uneori de animalele din jurul casei. Tratamentul dermatomicozelor se face fie prin îndepărtarea perilor de pe cap cu ajutorul razelor X, urmată de badijonări cu alcool iodat, fie cu griseofulvină, medicament administrat pe cale bucală și care are o acțiune specifică în aceste îmbolnăviri. După vindecare se va face o dezinfecție riguroasă, iar șepcile, căciulile și bascurile folosite pînă atunci vor fi de preferință arse.

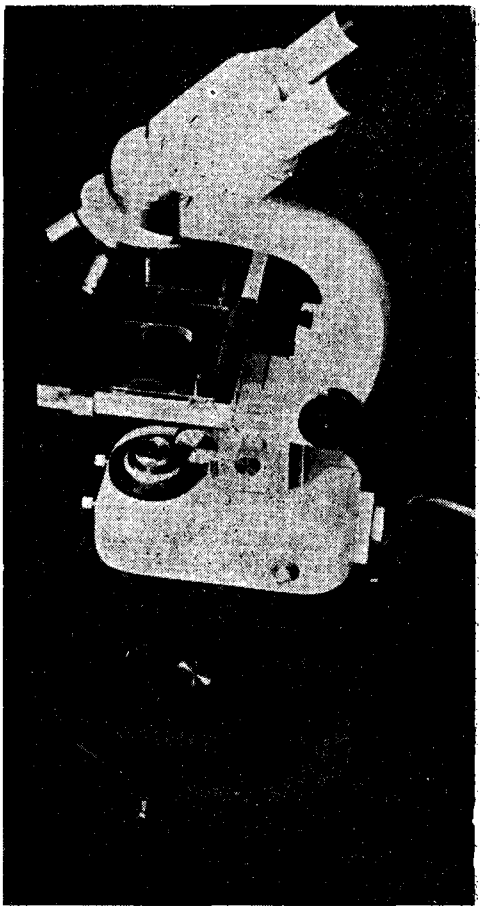
microclimat, condiții de climă (temperatura și umiditatea aerului, curenți) în spații mici: atelier, clasă, salon de bolnavi, cameră de locuit, sală de spectacole etc. Asigurarea unui microclimat sănătos în spațiile în care trăiește sau muncește omul constituie una din preocupările permanente ale igienei.

microscop, instrument medical care permite mărirea imaginilor elementelor extrem de mici,



Microscop electronic la Institutul de inframicrobiologie al Academiei R.P.R.

de ordinul micronilor (1 micron = 0,001 mm), invizibile cu ochiul liber. Se întrebuințează în special pentru studiul celulelor din care sînt formate toate țesuturile organismelor și pentru studiul viețuitoarelor, zise microscopice (infuzorii, microbi, ciuperci, virusuri). Spre deosebire de lentilă, care mărește numai de cîteva ori, microscopul descoperit de Leovwenhock, în 1683, reprezintă combinarea într-un anumit fel a mai multor feluri de



Microscop binocular fabricat la Industria optică romînă.

lentile. Prima lentilă de lîngă obiectul examinat se numește obiectiv, iar ultima lentilă prin care privim se numește ocular. Microscopul trebuie să aibe o talpă metalică de susținere, un suport pentru materialul de examinat și o sursă de lumină (naturală, prin oglindă, sau artificială, prin bec electric). Numeroasele perfecționări tehnice aduse microscopului de la descoperirea sa pînă acum, au permis realizarea unor modele cu o deosebită capacitate de examinare. El poate fi folosit în multe domenii de cercetare, avînd surse diferite de iluminare proprie (bec electric, lumină polarizată sau oblică, raze ultraviolete), posibilitatea de deplasare a obiectului de examinat, posibilitatea proiectării imaginii pe un ecran

și a fotografierii sau filmării ei. Căutînd înlocuirea luminii fotonice cu un fascicul de electroni, care, avînd o lungime de undă mai mică, poate evidenția celule mai mici (virusurile), sau structurile foarte fine din interiorul celulelor, s-a născut ideea microscopului electronic. Acesta folosește un fascicul de electroni accelerați printr-un cîmp de înaltă tensiune, concentrat prin lentile electrostatice (sau electromagnetice), care după ce întîlnesc preparatul dau imaginea electronică. Aceasta este înregistrată de lentila electrică obiectiv și proiectată pe un ecran fluorescent de lentile proiectoare. Electronii trec însă foarte ușor în structurile nemetalice pe care vrem să le examinăm, astfel că au fost necesare metalizarea preparatelor și depunerea lor pe o peliculă de colodiu, pentru a putea dispersa electronii și a putea astfel obține o imagine a preparatului. Imaginea obținută poate fi fotografiată (electronografie). Microscopul electronic reprezintă încă un pas înainte în descifrarea tainelor vieții.

microsporie, boală a pielii și firului de păr provocată de ciuperci parazite din grupul *Microsporon* (vezi micoze).

midriază, lărgire a pupilei care apare în mod reflex ori de cîte ori privim în întuneric sau un obiect apropiat. Apare în urma contracției mușchilor radiari ai irisului (vezi ochi). Administrarea unor droguri, ca de exemplu atropina, paralizează acțiunea fibrelor parasimpatice și duce la o midriază ce durează tot timpul cît acționează medicamentul respectiv.

mielită, inflamație a măduvei spinării. Multe din bolile infecto-contagioase pot să atingă și măduva spinării (tifos exantematic, sifilis, tuberculoză; mai rar scarlatină, rujeola). De asemenea, un traumatism medular poate să dea naștere unei mielite (mielita traumatică). După localizarea inflamației vor apărea tulburări nervoase, paralizie sau pareză (prin lezarea fasciculului piramidal ce transmite comanda mișcărilor voluntare din creier), tulburări de sensibilitate (prin lezarea căilor de sensibilitate ce merg spre creier) și tulburări sfincteriene. Pentru prevenirea acestei boli foarte grave trebuie ca orice boală infecțioasă să fie corect tratată. Orice infecție (furuncul, plăgi infectate) sau stări febrile trebuie văzute de medic și tratate la timp. Dacă boala a apărut, tratamentul va fi făcut de urgență și numai în spital, tratîndu-se în primul rînd cauza bolii. Se vor evita apoi diferitele necroze și infecții ce pot complica boala (escare, tulburări urinare). Cu cît se întîrzie tratamentul, cu atît posibilitățile de vindecare scad și bolnavul poate rămîne invalid toată viața.

mielogramă, studiul calitativ și cantitativ al formațiilor celulare din măduva formatoare de sînge, absolut necesar pentru precizarea diagnosticului și instituirea tratamentului unor boli ale sîngelui. Se efectuează cu ajutorul punctiei sternale după metoda medicului rus Arinkin, o metodă absolut nepericuloasă pentru bolnav și ușor de practicat pentru un laborator de specialitate. După dezinfecția pielii din regiunea sternală (osul pieptului) se face anestezie cu novocaină și apoi cu un ac special se pătrunde numai pînă în mijlocul osului (acul are un opritor de metal care nu-i permite să intre mai mult, ori cît am apăsa). De aici se extrage cu o seringă puțină măduvă osoasă amestecată cu sînge, care se examinează la microscop pentru numărarea elementelor sîngelui, și după efectuarea de frotiu și colorarea lor, pentru stabilirea procentajelor fiecărui fel de celule formatoare de sînge (formula medulară). Mielograma este esențială pentru stabilirea tipurilor de anemii, stări infecțioase acute, cancer al sîngelui. Uneori este necesar să se execute această analiză și pe măduva altor oase, ca a osului șoldului (punctie iliacă), a osului mare al gambei (punctie tibială imediat sub genunchi) sau chiar dintr-o vertebră din șira spinării (punctie vertebrală). Rezultatele mielogramei trebuie interpretate numai de medici specialiști hematologi care, stabilind diagnosticul, pot conduce un tratament eficient pînă la vindecare.

migrenă, durere de cap intensă care survine în crize. Migrena și cefaleea nu trebuie confundate. Cefaleea (sau durerea de cap) este o suferință care are cauze multiple (deci este un simptom care poate însoți o boală); migrena, deși are ca simptom principal durerea de cap, constituie o entitate de sine-stătătoare și se manifestă prin crize de dureri de cap însoțite de grețuri, vărsături și tulburări de vedere. De la caz la caz, ea se poate manifesta fie numai prin durere de cap, fie prin tulburări de vedere de scurtă durată (bolnavul nu vede cu jumătatea cîmpului vizual a fiecărui ochi, dreaptă sau stîngă, sau percepe în fiecare ochi segmente de cercuri luminoase concentrice, de multe ori însoțite de dureri de cap localizate pe o jumătate de craniu, în orbitele ochilor). Uneori înainte de criza de migrenă, bolnavul se simte mai obosit sau are o serie de senzații deosebite, de gust, miros. Cauza acestei boli constă în reactivitatea crescută a vaselor mici cerebrale care își schimbă calibrul. Pe acest fond, abuzurile de excitante (tutun, băuturi alcoolice), emoțiile, surmenajul, duc la instalarea crizelor de migrenă. Pentru aceasta, evitarea unor asemenea abuzuri constituie *tratamentul* cel mai bun atît pentru prevenirea crizei, cît și pentru ameliorarea bolii declanșate. În afară de asta, tratamentul urmărește oprirea crizei. Fiecare tratament se prescrie după caz și cu respectarea riguroasă a sfaturilor medicului. Cefaleea (durere de cap) are foarte multe cauze: surmenaj, foame, stare gripală, indigestie, boală de ficat, spondiloză cervicală, abuz de băuturi alcoolice sau tutun, nevroză astenică, tulburări de acomodare a ochilor, constipație, intoxicație (cu oxid de carbon). De asemenea, ea poate fi dată de

cauze care ţin chiar de cap (traumatism cranian, hipertensiune arterială cu tulburări circulatorii cerebrale, inflamaţie a meningelui, rupturi sau astupări din diferite cauze ale vaselor cerebrale, infecţii ale urechilor— otite), de aceea nu se poate vorbi de un tratament unic al cefaleei. Orice cefalee are o cauză individuală şi neglijarea stabilirii cauzelor şi tratării ei la timp poate duce la urmări uneori grave. Numai medicul poate stabili cauza şi tratamentul ei.

miliaria, erupţie de pete roşii de dimensiunea gămăliei de ac, apărînd mai ales pe piept, spate şi braţe la persoanele care transpiră mult. Uneori este însoţită de o mîncărime moderată de piele. Tratamentul se face prin duşuri repetate, călduţe, urmate de pudraje cu pudră de talc.

Minovici Mina (1858—1933), medic romîn, profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti, creatorul şcolii romîneşti de medicină legală. A fondat Institutul medico-legal din Bucureşti şi Serviciul antropometric. A fost apreciat în cercurile ştiinţifice internaţionale pentru lucrările sale de medicină judiciară, antropologie criminală, deontologie medicală.

Minovici Ştefan (1867—1935), chimist romîn, profesor la Facultatea de farmacie din Bucureşti. A fost unul din animatorii mişcării ştiinţifice chimice şi farmaceutice în ţara noastră şi un militant pentru crearea învăţămîntului farmaceutic superior în Romînia. A publicat lucrări de chimie generală şi chimie judiciară.

miocardită, inflamaţie a muşchiului cardiac. Miocardita se poate instala în timpul unor infecţii, constituind o complicaţie a acestora, ca: în reumatismul Sokolski-Bouillaud, scarlatină, difterie, septicemie, febră tifoidă, tifos exantematic. În cursul unei asemenea infecţii, bolnavii se pot plînge de palpitaţii, jenă dureroasă precordială, dispnee la cel mai mic efort. Dacă la aceste semne se adaugă tulburările de ritm (tahicardie, extrasistole), apariţia unei miocardite devine probabilă; electrocardiograma aduce confirmarea. Cicatrizarea focarelor de miocardită acută poate duce la instalarea unei *miocardite cronice* care se trădează prin suferinţe ale inimii ce survin mult timp după vindecarea unei infecţii. Depistarea precoce a unei miocardite, tratarea bolii de bază şi susţinerea miocardului cu tonicardiace (strofantină, digitală) previn sechelele de miocardită cronică.

miopie, viciu de refracţie în urma căruia razele paralele nu se strîng în focar pe retină, ci înaintea ei. În felul acesta, imaginea unui obiect apare neclară. Miopul nu vede la distanţă. Ca să vadă clar, el trebuie să apropie obiectul. Acest defect de refracţie poate fi datorit refringenţei excesive a mediilor globului ocular — miopie de refracţie — sau lungimii prea mari a axului anteroposterior — miopie axială. Pentru a vedea mai clar, miopul îşi micşorează deschiderea pleoapelor. Corectarea miopiei se face cu lentile divergente. Numărul lentilei corectoare ne arată gradul miopiei. Ea se măsoară în dioptrii. Se deosebesc o miopie uşoară, pînă la 3 dioptrii, medie pînă la 6 dioptrii, şi forte, peste 6 dioptrii. De obicei, miopia survine la vîrsta şcolară, miopia şcolară fiind o formă benignă. Uneori însă miopia devine boală, este progresivă şi se asociază cu leziuni ale coroidei şi retinei. În aceste cazuri, corectarea viciului de refracţie nu mai dă bolnavului o vedere normală. Printre condiţiile care favorizează apariţia şi progresiunea miopiei, în afară de factorii predispozanţi, sînt cititul şi scrisul de aproape, mai ales dacă clasa sau locul de muncă sînt prost iluminate, ceea ce obligă apropierea exagerată de obiecte. Apoi existenţa unui scris cu litere mici, hîrtia proastă, poziţia incorectă a celui ce citeşte. Influenţa acestor cauze se manifestă mai ales la vîrsta şcolară, cînd membrana sclerală este elastică, extensibilă. De aceea, copiii nu trebuie daţi la şcoală înainte de vîrsta de 7 ani, trebuie supravegheaţi să nu aplece prea tare capul pe masă, iar şcolile să fie iluminate suficient. În general, se consideră că o clasă este bine luminată dacă fiecare elev vede de pe locul său cel puţin o mică parte de cer. Băncile trebuie să fie construite corect, pupitrul suficient de înclinat, banca prevăzută cu spetează. Manualele să fie scrise citeţ, iar în timpul lecţiilor se recomandă întreruperea din cînd în cînd a cititului, pentru ca ochii să se odihnească. În afară de aceste măsuri speciale, un rol important îl au măsurile de igienă generală: aerisirea bună a sălilor de clasă, gimnastica etc. Corectarea miopiei prin ochelari ameliorează vederea ochiului miop şi restabileşte raportul corect în activitatea muşchilor. Ochelarii trebuie purtaţi în mod permanent şi cît mai de timpuriu. În miopiile complicate se aplică un tratament special şi se evită sau chiar se suprimă eforturile fizice şi oculare.

mioză, îngustare a pupilei sub acţiunea contracţiei muşchilor circulari ai irisului, determinată pe cale reflexă prin acţiunea fibrelor nervoase parasimpatice. În cadrul acomodării la lumină şi la distanţă a ochiului, mioza apare atunci cînd privim în lumină puternică sau către un obiect îndepărtat (vezi ochi).

mitomanie, tendinţă de a comfabula, de a minţi, tulburare pe care o găsim la unii bolnavi psihici care, datorită unei imaginaţii anormale, construiesc întîmplări şi fapte imaginare, deseori fantastice. Această tulburare se poate asemăna cu ceea ce observăm în mod normal la copii, care pot povesti întîmplări deosebite, aparte, ireale, pe care sînt convinşi că le-au trăit sau le-au văzut. O oarecare tendinţă spre fantastic, spre o imaginaţie ireală, avem uneori fiecare din noi la vederea unui film, la citirea unui roman de aventuri, însă cînd cineva povesteşte din imaginaţie asemenea

întîmplări de realitatea cărora el însuşi este convins, înseamnă că acesta suferă de mitomanie. Această tulburare o găsim la unii debili mintali, la isterici (o formă de nevroză — vezi nevroză), adică la cei care prezintă fie o oprire în dezvoltarea intelectuală — cu gîndire cu conţinut infantil, fie în urma unor tulburări psihice care pot apărea după emoţii sau supărări de intensitate mare. Deoarece este vorba de o construcţie psihică ireală fără confruntarea cu realitatea (deci ruperea primului sistem de semnalizare = realitatea obiectivă, de cel de al doilea sistem de semnalizare = cuvîntul), *tratamentul* presupune reeducarea bolnavilor. Trebuie să li se explice cu răbdare lipsa de realitate a faptelor pe care le expun. Este necesar şi sfatul medicului.

mixedem, insuficienţă tiroidiană avansată, cu infiltraţia ţesuturilor. Bolnavii au o înfăţişare caracteristică: faţă rotunjită şi puhavă, tegumentele îngroşate şi infiltrate, mimica săracă, nas şi buze îngroşate, părul rar şi friabil, sprîncenele rărite, unghiile subţiri şi stărîmicioase. Infiltraţia edematoasă cuprinde adesea membrele, ceafa şi abdomenul. Inteligenţa nu este alterată, bolnavii manifestă totuşi apatie, cu reacţiile psihice lente. Metabolismul bazal este scăzut şi de aceea bolnavii sînt friguroşi. La copii, osificarea şi dentiţia întîrzie. Inima mixedematoşilor este dilatată, secreţiile digestive scăzute, cu lenevirea intestinului şi constipaţie, sexualizarea întîrzie. *Tratamentul* mixedemului constă în hormoni tiroidieni, regim bogat în vitamine, cultură fizică şi profesiuni care se exercită în aer liber.

moartea subită (neaşteptată) a sugarului, moartea unui copil aparent sănătos sau a cărui boală a părut a fi aşa de uşoară, încît posibilitatea unei evoluţii fatale nu a putut fi prevăzută. Vîrsta cea mai frecventă la care se poate produce este între 2 şi 8 luni. Citărn cîteva din cauzele mai des întîlnite ale morţii subite a sugarului: sufocaţie mecanică (pernă, plapumă), boli congenitale de inimă, septicemii fulgerătoare (de exemplu cu meningococ), edem pulmonar (de exemplu în cursul unei septicemii cu stafilococ), hipertrofie de timus. Moartea „timică" nu se datoreşte măririi de volum a timusului, ci insuficienţei concomitente a glandei suprarenale, de care se însoţeşte. În multe cazuri însă, chiar la o analiză minuţioasă, nu se poate găsi o cauză satisfăcătoare a morţii subite. Graţie progresului metodelor de investigaţie, devine posibilă elucidarea unora din cazurile aparent inexplicabile. În cazurile de infecţie (şi în special la copiii cu timus mărit), rapiditatea şi intensitatea tratamentului pot fi decisive pentru preîntîmpinarea morţii subite.

mofete, izvoare de gaz (bioxid de carbon) care apare liber, fără apă. Metodele se folosesc în tratamentul unor boli circulatorii în care presiunea apei ar putea fi greu suportată sau cînd nu se poate face băi cu apă (în ulcere varicoase de exemplu). În ţară există mofete naturale la Covasna, Tuşnad etc.

monocit — vezi hemogramă.

mononucleoză infecţioasă, boală acută infecţioasă, puţin contagioasă, caracterizată prin febră, angină, mărirea ganglionilor limfatici (în special cervicali), mărirea splinei şi limfomonocitoză. Boala este produsă foarte probabil de un virus care nu a fost încă izolat. Febra durează în medie 7—10 zile; angina este de obicei pseudomembranoasă; ganglionii limfatici sînt măriţi de volum, de obicei cei cervicali, dar adesea sînt măriţi şi cei axilari şi inghinali. Splina este mărită de volum şi moale, adesea şi ficatul este mărit. Uneori atingerea ficatului este mai importantă şi bolnavii au şi icter. Uneori apar şi erupţii pe piele. Starea generală a bolnavilor este în general bună, se plîng de slăbiciune, durere în gît. Simptomul principal după care se confirmă diagnosticul este găsit în leucogramă: bolnavii prezintă leucocitoză, adică au numărul globulelor albe crescut în sînge (15 000—20 000), iar în formula leucocitară creşte foarte mult numărul elementelor mononucleare (60—70%, în loc de 25—30%). Evoluţia bolii este benignă, bolnavii vindecîndu-se în una-două săptămîni. Cu totul excepţional se pot ivi complicaţii (encefalită, ruptură de splină), care agravează boala. Boala apare în special la tineri, adolescenţi (s-a emis ipoteza că transmiterea bolii se face prin sărut cu transfer de salivă). *Tratamentul* este simptomatic: piramidon, gargară, vitamine, repaus la pat. Formele de icter necesită un regim alimentar prelungit, ca în hepatita epidemică. Boala nu este de internare şi nici de anunţare obligatorie.

morală medicală, reflectă normele etice dominante în fiecare orînduire socială. Codicele lui Hammurabi, adoptat la Babilon în secolul al XVIII-lea î.e.n., prevedea, de pildă, că medicului din a cărui vină murea un pacient din clasa stăpînilor de sclavi să i se taie degetele. Dacă victima era un om sărac, trebuia plătită o anumită despăgubire, iar în cazul sclavilor, această răscumpărare devenea foarte mică. La fel, onorariul cuvenit medicului era de 5 siclii de argint pentru îngrijirea unui om liber, de 3 siclii pentru îngrijirea unui „muschenum" (om fără nici o avere) şi de 2 siclii pentru îngrijirea unui sclav. Desigur că şi calitatea asistenţei medicale corespundea tarifului aplicat fiecărei categorii sociale. Morala medicală din epoca democraţiei sclavagiste greceşti şi-a găsit formularea în celebrul jurămînt hippocratic: „Jur pe Apollo medicul, pe Asclepios, pe Higia şi Panaceea, pe toţi zeii şi toate zeiţele, luîndu-i ca martori, că voi îndeplini, pe cît mă voi ajuta puterile şi priceperea, jurămîntul şi legămîntul care urmează: Pe învăţătorul meu într-ale medicinei îl voi socoti deopotrivă cu cei care m-au adus pe lume, voi împărţi cu el averea mea şi, la nevoie, îi voi îndestula

trebuințele; pe copiii săi îi voi privi ca pe niște frați și, dacă vor dori să devină medici, îi voi învăța fără plată și fără să le cer vreun legămînt. Preceptele, lecțiile orale și tot restul învățăturii le voi împărtăși fiilor mei, fiilor învățătorului meu și ucenicilor uniți printr-un legămînt și printr-un jurămînt, potrivit legii medicale, dar nimănui altcuiva. Voi îndruma îngrijirea bolnavilor spre folosul lor, pe cît mă vor ajuta puterile și mintea, și mă voi feri să le fac orice rău și orice nedreptate. Nu voi încredința nimănui otrăvuri dacă-mi va cere, și nici nu voi îndemna la așa ceva; tot astfel, nu voi încredința nici unei femei leacuri care să o ajute să lepede. Îmi voi petrece viața și îmi voi îndeplini meșteșugul în nevinovăție și curăție. Nu voi practica operația scoaterii pietrelor din bășica udului, lăsînd-o în seama celor care se ocupă cu aceasta. În orice casă aș intra, voi intra spre folosul bolnavilor, păzindu-mă de orice faptă rea și stricătoare comisă cu bună știință, mai cu seamă de ademenirea femeilor și a tinerilor, liberi sau sclavi. Orice aș vedea și aș auzi în timp ce-mi fac meseria sau chiar în afară de aceasta, nu voi vorbi despre ceea ce nu-i nici o nevoie să fie destăinuit, socotind că, în asemenea împrejurări, păstrarea tainei este o datorie. Dacă voi respecta acest jurămînt fără să-l calc, fie să mă bucur pe deplin de viața și de meseria mea, pururi cinstit de ceilalți; iar dacă îl voi nesocoti și voi fi un sperjur, merit să am o soartă dimpotrivă!".

Acest jurămînt a fost adoptat de numeroase facultăți de medicină din Europa medievală, devenind formula de angajament moral al tinerilor medici. Aici sînt precizate cîteva norme de etică și deontologie medicală care nu-și pot pierde valabilitatea: obligația de-a face totul pentru însănătoșirea și salvarea oricărui bolnav, obligația de a avea o atitudine demnă și cinstită în relațiile cu bolnavul și familia acestuia, interdicția de a folosi mijloacele terapeutice pentru scopuri criminale, interdicția de a efectua operații, și, în general, tratamente a căror tehnică medicul respectiv nu o stăpînește, obligația păstrării secretului medical. Trebuie totuși menționat că jurămîntul hippocratic conține și unele principii perimate, ca de pildă îndatorirea de a nu împărtăși „tainele" meșteșugului decît celor care, prin legături familiale sau prin angajamente speciale, fac parte din tagma medicilor. Concepțiile religioase creștine care și-au pus pecetea asupra ideologiei Europei feudale au influențat și etica medicală. Este de remarcat extinderea pe care în această perioadă a luat-o „filantropismul", înființîndu-se spitale, aziluri, și ospicii pe lîngă instituțiile bisericești. Dar prejudecățile religioase au constituit o frînă pentru progresul științei medicale și chiar al practicii terapeutice. Astfel, întrucît medicii se recrutau, la un moment dat, aproape exclusiv dintre călugări, iar biserica „avea oroare de sînge", chirurgia a decăzut cu totul în Evul Mediu. Chiar pentru micile intervenții chirurgicale, medicii erau nevoiți să apeleze la serviciile bărbierilor, care ignorau atît anatomia, cît și patologia. Pînă în secolul al XVIII-lea s-a considerat că doctorii în medicină s-ar fi înjosit dacă ar fi pus mîna pe bisturiu. În orînduirea capitalistă, morala medicală este puternic influențată de individualismul și spiritul de concurență specifice burgheziei. Fără îndoială că și în țările capitaliste s-au întîlnit și se întîlnesc numeroși medici devotați fără preget cauzei apărării sănătății maselor muncitoare, dar însăși structura social-economică încurajează acolo dezvoltarea mercantilismului medical. Așa se explică faptul că majoritatea asociațiilor medicilor din acele țări iau poziție împotriva gratuității asistenței oferite de spitalele și dispensarele asigurărilor sociale, argumentînd că ar fi „imoral" ca medicul liber profesionist să fie înlocuit prin „medicul funcționar". De fapt, aceste asociații se interesează numai de profiturile membrilor lor, ignorînd cu totul problema accesibilității și a calificării deservirii medicale a maselor exploatate. Etica medicală socialistă se bazează pe principiul colaborării și ajutorului reciproc care trebuie să caracterizeze relațiile dintre oamenii muncii. Suprema îndatorire a medicului este de a contribui la apărarea și consolidarea sănătății colectivității și a fiecărui individ în parte. În locul concurenței dintre medicii din țările capitaliste, unde îngrijirea medicală este în felul ei o marfă, între medicii din statele socialiste există o colaborare, desăvîrșită, spre folosul celor care au nevoie de asistența medicală. Dacă interesul societății o cere, însuși principiul secretului profesional trebuie să capete un corectiv: ar fi, de pildă, imoral ca, pentru „comoditatea" rău înțeleasă a unor bolnavi sau a familiilor acestora, medicul să nu declare un caz de boală infecțioasă care ar putea deveni sursă de contaminare pentru multe persoane. Preocuparea pentru ridicarea permanentă a nivelului de pregătire profesională este o îndatorire morală a medicului, care totodată trebuie să se considere un activist pe tărîm obștesc.

morbiditate, indicator important al stării de sănătate, exprimînd numărul de îmbolnăviri noi apărute în cadrul unui anumit grup de populație (întreprindere, școală etc.), pe un anumit teritoriu administrativ (localitate, raion regiune) sau pe întreaga țară, raportat la numărul locuitorilor. Studiul morbidității este complex. Astfel se cercetează, între altele, morbiditatea generală (toate îmbolnăvirile noi apărute la 1000 de locuitori), morbiditatea pe boli sau grupe de boli, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă etc. Analiza morbidității, făcută pe baze științifice, în corelare cu toți factorii care influențează morbiditatea, se face sistematic în țara noastră, fundamentînd măsurile de ordin practic care

se iau pentru reducerea continuă a numărului de îmbolnăviri şi întărirea sănătăţii populaţiei.

morfină, principiu activ din grupul de medicamente denumit alcaloizi, extras din latexul capsulelor tinere de mac alb de grădină. Cunoscută pentru efectele sale hipnotice încă din vremea antichităţii la egipteni şi apoi de greci, arabi, indieni şi chinezi, este folosită în epoca colonială ca şi alcoolul, pentru abaterea populaţiei băştinaşe de la realităţile exploatării, iar astăzi ca marfă de contrabandă în ţările capitaliste. Din cei aproape 25 de alcaloizi izolaţi din mac, mai cunoscuţi sînt: morfina, codeina, teobromina şi papaverina. Morfina se întrebuinţează sub formă de clorhidrat în special pentru calmarea durerilor puternice, dar numai după stabilirea de către medic a cauzei durerilor. Astfel, morfina calmînd durerile, dar nevindecînd boala, face ca aceasta să progreseze şi să ducă la situaţii grave, care nu mai pot fi salvate. De exemplu, administrînd morfină în caz de dureri abdominale acute fără a le stabili cauza, ea calmează durerile, dar dacă bolnavul are ocluzie abdominală boala progresează, făcînd ca medicul să intervină tîrziu cu operaţia, atunci cînd viaţa bolnavului nu mai poate fi salvată. Rămîne indicată administrarea ei în durerile produse de fracturi, traumatisme grave, colici renale sau hepatice, infarct miocardic, astm cardiac, edem pulmonar acut sau în anumite boli psihice. Acţionînd asupra sistemului nervos central, pe lîngă calmarea durerilor (efect analgezic), morfina poate da la unele persoane somn, la altele greaţă, dureri de cap şi vărsături, iar la altele (în funcţie de tipul de sistem nervos), o stare de beţie plăcută, care îi determină să mai ceară să li se administreze morfină numai pentru plăcerea de a visa. Acest lucru creează însă obişnuinţă, iar bolnavul, luînd doze din ce în ce mai mari şi mai dese, dozele mici nemaiavînd efect, devine „morfinoman". Morfinomania este însă o plagă a societăţii capitaliste, deoarece acolo fuga de realităţile dureroase ale vieţii este căutată în uitare prin medicamente sau cei ce duc o viaţă inactivă, de huzur, caută să-şi procure senzaţii „noi". În realitate însă, aceştia sînt victimile negustorilor care, procurînd morfina prin contrabandă, nu urmăresc de cît profituri fabuloase de pe urma acestor „bolnavi". Pentru a-şi procura morfina, bolnavii încearcă orice mijloc: minciună, furt. Aceştia şi-o administrează singuri, uneori patima ajungînd atît de mare, încît cîteodată nu-şi mai scot îmbrăcămintea şi-şi injectează morfina prin ea. Nevoia de morfină creşte mereu. Bolnavul slăbeşte mult şi cu timpul apar tulburări psihice importante. Este o boală gravă şi numai tratarea bolnavului în spital poate duce la vindecare. Legile internaţionale pedepsesc aspru contrabanda şi comerţul clandestin cu morfină.

mortalitate generală, indice care se calculează prin raportarea numărului de decese la numărul populaţiei dintr-o localitate, raion, regiune sau din întreaga ţară. În ţara noastră, mortalitatea generală, care în trecut s-a menţinut timp de decenii la nivelul de 10—20 de decese la 1 000 de locuitori, a scăzut la jumătate în anii puterii populare, fiind de 8,7 la 1 000 de locuitori în anul 1961. O importantă scădere a cunoscut în special mortalitatea la grupele tinere de vîrstă. Astfel, decesele sub vîrsta de 15 ani au coborît în 1961 la mai puţin de o pătrime faţă de 1948.

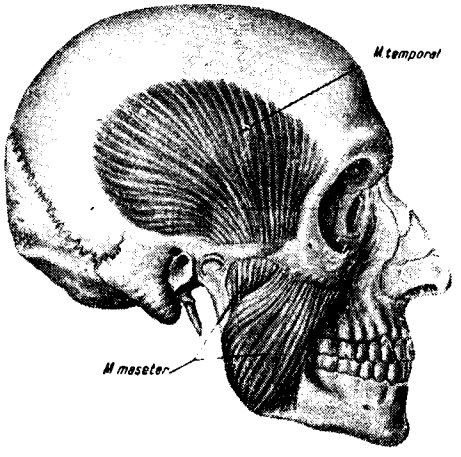
mortalitate infantilă, indice al deceselor la copiii sub un an raportat la suta de născuţi vii pe aceeaşi perioadă de timp. În ţara noastră mortalitatea infantilă, care în trecut s-a menţinut timp de decenii la 19—20%, a scăzut în anii puterii populare la aproape o treime (6,9% în 1961).

morva, boală infecţioasă, extrem de contagioasă, foarte gravă, dar excepţională la om, care apare mai des la cai, catîri, măgari (zoonoză). Agentul patogen: un bacil numit *Malleomyces mallei*. Rezervorul de infecţie: animalele bolnave (cai, catîri, măgari, cămile, excepţional oi, capre, cîini, pisici) şi omul bolnav. La cal, morva produce bronhopenumonii sau leziuni cutanate (farcin); duce de obicei la moarte; în forma cronică poate dura cîţiva ani. La om este o boală profesională: sînt expuşi veterinarii, îngrijitorii de cai, grăjdarii. Este extrem de contagioasă pentru animale şi mult mai puţin pentru om. La om, boala poate evolua acut sau cronic. Poarta de intrare este pielea mîinilor (cu mici leziuni, zgîrieturi), care intră în contact direct cu materialul infecţios de la animale (puroi din leziunile cutanate, secreţii pulmonare). Se formează o inflamaţie locală, care se transformă apoi într-o ulceraţie. Forma acută, netratată, duce la moarte în 10—20 de zile. În acest timp, bolnavii au febră, frisoane, pe piele apar noduli inflamatori, care se ulcerează, abcese în muşchi, focare de bronhopneumonie. Morva cutanată la om dă forme cronice, se formează abcese care se deschid prin fistule cutanate, bolnavul slăbeşte treptat şi moare în 1—2 ani prin bronhopneumonie. Diagnosticul se precizează prin izolarea şi identificarea în laborator a bacilului morvos. *Tratament*: sulfatiazolul şi alte sulfamide cu acţiune bună pot vindeca boala. Boala face parte din grupa A. Se declară şi se internează obligatoriu în spitalul de boli contagioase. *Profilaxie*: depistarea bolii la animale şi sacrificarea lor.

muşcătură de insecte veninoase şi şerpi; înţepăturile de albine şi viespi prezintă un interes practic în regiunile noastre. Aceste insecte îşi inoculează veninul printr-un ac care poate rămîne sau nu în plagă. Înţepătura provoacă durere ascuţită, dar de scurtă durată, în schimb umflătura şi roşeaţa locului persistă. Se poate întîmpla uneori ca să survină

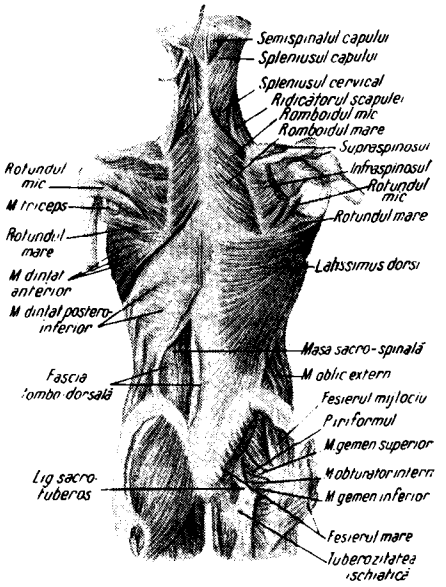
o stare gravă de şoc în urma unei înţepături de albină sau viespe, datorită fie unui accident anafilactic (vezi anafilaxie), fie pătrunderii veninului direct într-un vas. Pentru a calma durerea provocată de înţepătură se aplică local o soluţie anestezică (amestec Bonain) sau amoniac dizolvat în untdelemn. Dintre şerpi, viperele sînt singurele lor reprezentante din părţile noastre care pot da naştere unor intoxicaţii severe cu venin. În caz de muşcătură de viperă se aplică pe perioade scurte de un sfert de oră, în diferite regiuni deasupra muşcăturii, o legătură strînsă spre a împiedica răspîndirea veninului în organism. În acelaşi timp se incizează rana şi se aspiră cu gura sau prin intermediul unei ventuze. La locul muşcăturii se mai poate injecta o soluţie (1%) de permanganat de potasiu. Institutul „Dr. I. Cantacuzino" prepară un ser antiveninos, care se foloseşte în asemenea situaţii.

muşchi, ţesut a cărui caracteristică principală este contractibilitatea. Avînd posibilitatea să se scurteze, muşchii constituie partea activă a aparatului locomotor. Muşchii scheletului sînt muşchii striaţi, supuşi voinţei noastre. Toate mişcările simple sau complexe, ale corpului omenesc, care depind de voinţa noastră, se produc datorită contractibilităţii fibrei musculare striate. În corpul omenesc există peste 400 de muşchi striaţi, ceea ce reprezintă aproape 2/5 din greutatea corpului. Fiecare muşchi prezintă o parte cărnoasă, numită corp sau pîntece şi 2 capete sau extremităţi, prin care el se fixează de schelet. Acestea sînt formate din ţesut conjunctiv fibros şi se numesc tendoane. Tendonul nu este contractil. Culoarea lui este albă sidefie,



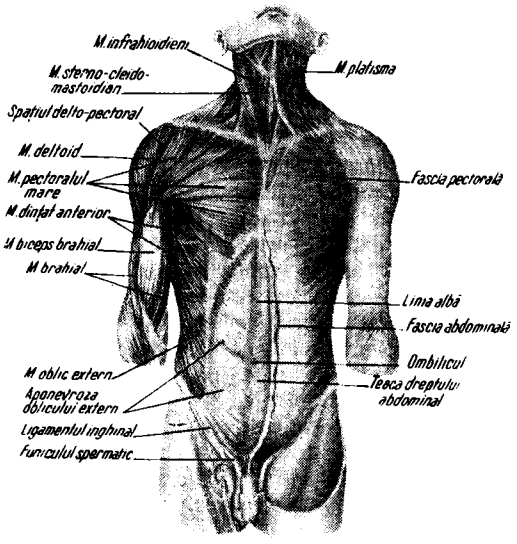
Muşchii masticatori.

spre deosebire de culoarea roşie-brună a muşchiului. Extremitatea mai puţin mobilă a muşchiului sau chiar fixă este numită origine, pe cînd cea mobilă, inserţie. Frecvent muşchiul îşi poate inversa punctul mobil (inserţia) cu cel fix (originea). Tendoanele pot fi uneori foarte lungi, depăşind lungimea porţiunii cărnoase (muşchi flexori şi extensori ai degetelor) şi îşi pot schimba chiar direcţia,

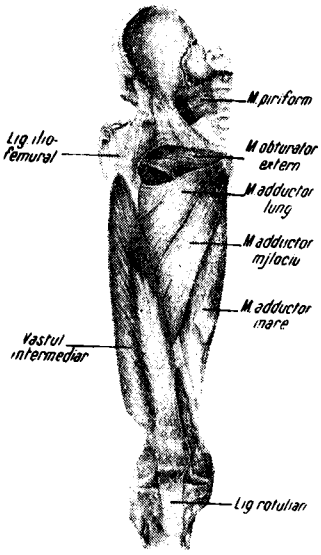


Muşchii spatelui şi ai cefii.

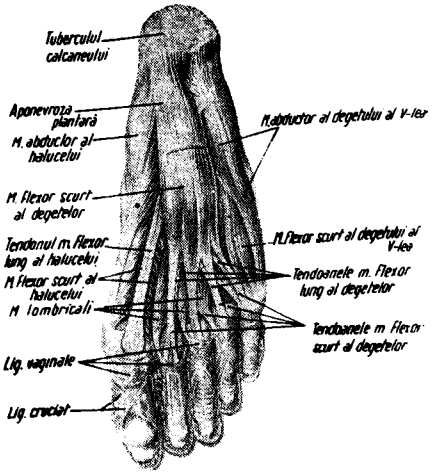
neiind, ca în mod obişnuit, în continuarea corpului muscular. La locul unde aceste tendoane se freacă de piesele scheletice învecinate, ele sînt prevăzute cu un fel de manşoane fibroase, care conţin un lichid care uşurează alunecarea; aceste manşoane se numesc teci



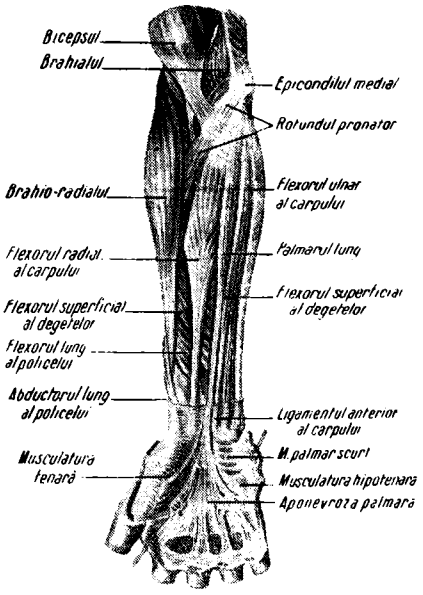
Muşchii anteriori ai gîtului, toracelui şi abdomenului.



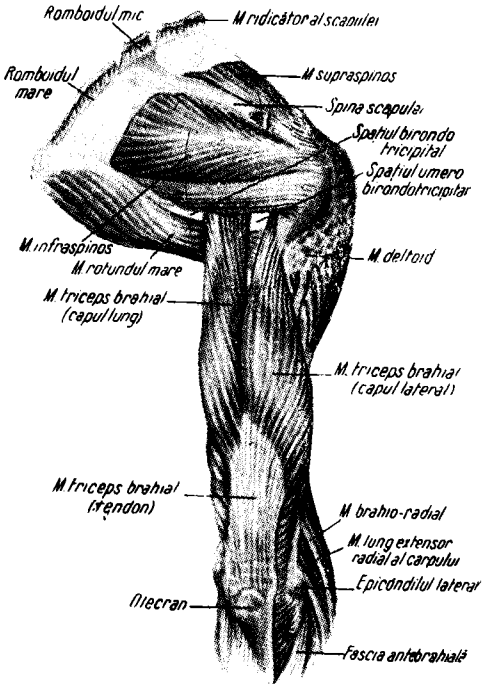
Mușchii coapsei.



Mușchii piciorului.

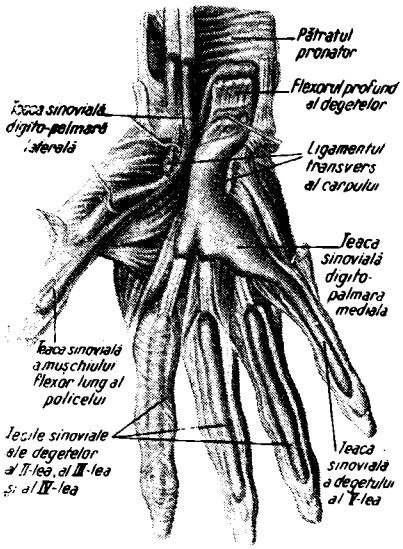


Mușchii antebrațului

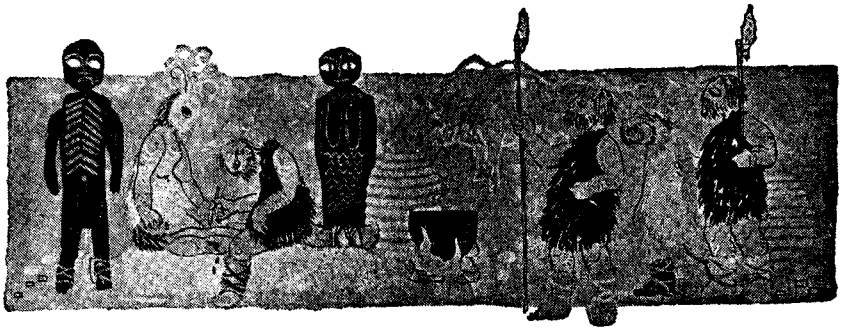


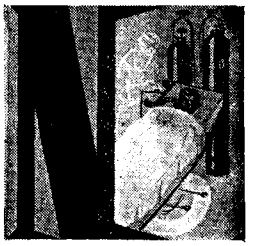
Mușchii umărului și al brațului.

sinoviale. Asemenea teci se găsesc la nivelul mîinii şi piciorului. Muşchiul care prezintă în mijlocul corpului său un tendon intermediar se numeşte muşchi digastric. În organism se găsesc muşchi care au 2, 3 sau chiar 4 capete de inserţie sau origine; ei se numesc, în consecinţă, muşchi: biceps, triceps sau cvadriceps. Muşchii, ca aşezare, pot fi superficiali sau profunzi. Prin contracţie muşchiul se scurtează, el apropie segmentul scheletic de inserţie de cel de origine. În mod obligatoriu fiecare muşchi sare peste una sau mai multe articulaţii: muşchi monoarticulari, bi-, tri-, sau poliarticulari. Mişcările care au loc în articulaţie sub acţiunea muşchilor sînt: mişcarea de flexie, cînd cele două oase se apropie unul de altul, muşchiul care execută mişcarea numindu-se flexor, mişcarea de extensie, cînd cele două oase se îndepărtează unul de altul; muşchiul se numeşte extensor. Mişcarea unui os în jurul celuilalt, mişcare numită de rotaţie. Aceasta poate fi dinafară-înăuntru, rotaţie internă, sau dinăuntru în afară, rotaţie externă. Muşchii se numesc rotatori. Mişcarea de apropiere a extremităţii de corp se numeşte mişcare de adducţie. Muşchii care o efectuează se numesc adductori. Mişcarea de îndepărtare a extremităţii de corp se numeşte abducţie. Muşchii care o efectuează se numesc abductori. Combinarea tuturor acestor mişcări este numită circumducţie.



Muşchii mîinii

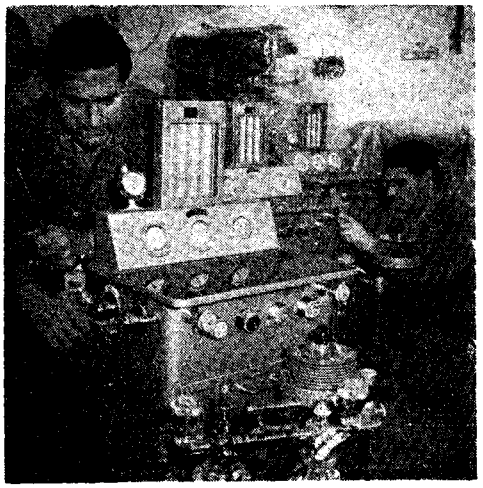




nanism, anomalie caracterizată prin reducerea taliei, comparativ cu indivizii de aceeaşi vîrstă, sex şi specie. Spre deosebire de infantilism, caracterele sexuale secundare şi organele genitale sînt normal dezvoltate. *Nanismul cardiac* coincide cu o cardiopatie congenitală sau dobîndită (stenoză mitrală). În *nanismul renal* se găsesc semnele unei nefrite cronice din copilărie. *Nanismul intestinal* (boala celiacă) este o afecţiune rară. Şi tulburările glandulare, în special ale hipofizei, pot provoca un *nanism hipofizar (nanismul hipo-hipofizar Parhon)*, dar cu organele sexuale oprite în dezvoltare. Nanismul trebuie deosebit de acondroplazie (vezi acondroplazie).

Nanu-Muscel Ion (1862—1938), medic romîn, profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti. A publicat lucrări despre bolile pulmonare şi cardiace, ictere, holeră şi alte boli infecţioase, tratamentul unor afecţiuni. A fost un talentat clinician şi profesor.

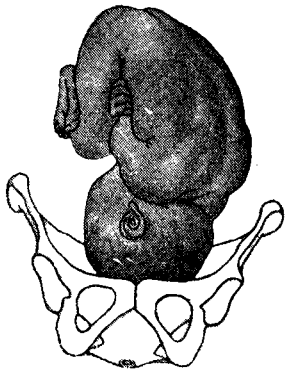
narcoză, anestezie generală, caracterizată prin suprimarea conştientului, a senzaţiilor dureroase şi a reflexelor, cu păstrarea integrală a funcţiilor vitale: circulaţia şi respiraţia. Substanţele folosite sînt următoarele: protoxidul de azot, eterul etilic, ciclopropanul, fluotanul, care se administrează pe cale respiratorie, evipan, narconumal, pentotal, baytynal, care se administrează pe cale intravenoasă. Se utilizează mai frecvent anestezicile care se administrează pe cale respiratorie. Administrarea lor se face cu ajutorul unor aparate în circuit închis (baronarcoză) în care anestezicul este administrat în amestec cu oxigennul (vezi anestezie).



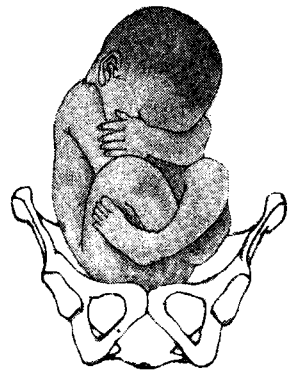
Aparate de baronarcoză (narcoză în circuit închis) fabricate în R.P.R.

naştere, actul graţie căruia fătul ajuns la epoca viabilităţii este expulzat sau extras pe căile naturale. După felul cum se desfăşoară, o naştere poate fi normală (entocică) sau anormală (patologică sau distocică). Naşterea poate fi la termen, cînd are loc la sfîrşitul lunii a IX-a, sau prematură, cînd are loc între lunile a VII-a şi a IX-a. După modul de terminare, naşterea poate fi spontană, cînd se termină de la sine, spontan, prin forţele organismului, sau artificială, cînd se termină printr-o intervenţie (forceps, versiune). Orice naştere are doi timpi: primul timp, naşterea propriu-zisă sau travaliul, care se termină cu expulzia fătului, şi al doilea, expulzia anexelor (placentă şi membrane). Factorii care determină declanşarea naşterii sînt multipli, de natură hormonală şi nervoasă. Cel mai important pare a fi pătrunderea în circulaţie a hormonului retrohipofizar, a cărui frînare de către hormonii placentari nu mai este posibilă, spre sfîrşitul sarcinii, din cauza îmbătrînirii placentei. Travaliul sau naşterea are două perioade principale: 1) de dilataţie a colului uterin; 2) de expulzie a fătului. Înainte de a se declanşa, naşterea are o serie de semne premergătoare, ca de exemplu coborîrea fundului uterului, fapt care dă femeii o senzaţie de uşurare a respiraţiei; micţiunile (urinările) devin mai frecvente, iar contracţiile uterine, nedureroase în timpul sarcinii, sînt mai puternice, unele din ele devenind dureroase. Cu 12—24 de ore înainte de naştere,

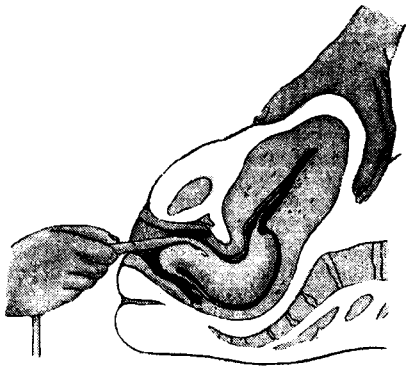
gravida elimină prin vagin o secreție serosanguinolentă, care este dopul gelatinos al colului uterin. Începutul nașterii se manifestă prin contracții uterine care sînt dureroase, intermitente și energice. Sediul durerii este în regiunea lombară și suprasimfizară. Contracțiile uterine sînt la început la 15—20 cînd devin prea intense sau stimularea lor cînd sînt prea slabe, ascultarea repetată a zgomotelor cordului fetal și examinarea prin tacte vaginale și rectale a evoluției dilatației și a progresiunii fătului prin filiera pelvigenitală. În ultima perioadă, perioada de expulzie, care durează între 30 și 60 de minute,



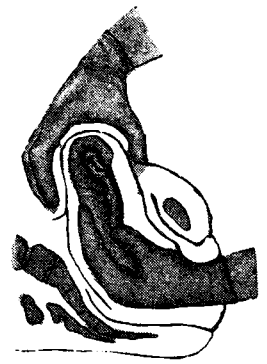
Prezentația craniană a fătului.



Prezentația pelviană a fătului.



Expulzia placentei.



Extracția manuală a placentei.

de minute și durează 20 de secunde, apoi devin din ce în ce mai frecvente, ajungînd spre sfîrșitul nașterii la 2—3 minute și durînd 40—50 de secunde. Ca urmare a contracțiilor, colul uterin se dilată: perioada de dilatație durează la primipare (femeia la prima naștere) 12—14 ore, la multipare mai puțin. Concomitent cu dilatarea orificiului uterin se produce ruperea pungii apelor, iar fătul este împins în jos și trecut prin strîmtoarea superioară în bazinul mic. Acest timp al nașterii se numește *angajare*. Trecerea fătului prin bazinul mic se numește *coborîre*, iar ieșirea prin orificiul vulvovaginal se numește *degajare*. Aceștia sînt cei trei timpi principali ai nașterii. Asistența la naștere constă în supravegherea desfășurării contracțiilor uterine, calmarea acestora gravida este așezată pe masa de naștere, regiunea ano-vulvară este dezinfectată cu tinctură de iod, picioarele și abdomenul acoperite cu cîmpuri sterile, iar moașa sau medicul, spălați steril, asistă nașterea. Asistența în momentul expulziei constă în dirijarea degajării craniului fetal și a umerilor, astfel ca să nu se producă rupturi de vagin și perineu. Dacă este nevoie se face secționarea perineului pe linie mediană (periotomie) sau lateral (epiziotomie). După scoaterea fătului se secționează cordonul între două pense și apoi se leagă. Se scot cu o sondă de cauciuc mucozitățile din căile respiratorii ale fătului iar în caz de nevoie i se administrează oxigen și injecții stimulatoare ale centrilor respiratori. Se picură apoi 3—4 picături de protargol în

ochii copilului și în fanta vulvară a fetițelor, pentru profilaxia infecțiilor gonococice. Copilul este pansat la ombilic, cîntărit, înfășat și dus la secția de nou-născuți a maternității. Între timp se supraveghează parturienta, care este acum în ultima perioadă a nașterii. După 20—30 de minute de la expulzia fătului, placenta se dezlipește de pe suprafața uterului, dezlipire însoțită de o eliminare de sînge prin vagin, și apoi este expulzată. Uneori, placenta se poate elimina spontan, alteori ea trebuie să fie ajutată printr-o mică presiune executată cu mîna asupra uterului. Dacă în această perioadă parturienta pierde sînge în cantitate mare sau dacă expulzia placentei întîrzie peste 90 de minute, se face extracția manuală a placentei. Dacă după expulzia placentei se constată lipsuri de cotiledoane sau membrane ori femeia pierde sînge, se face controlul manual al cavității uterine. Se suturează apoi eventualele leziuni ale vaginului și perineului și apoi femeia este supravegheată timp de 2 ore în sala de naștere, după care este dusă în salonul de lăuze. În anii de democrație populară, prin mărirea numărului de paturi din maternități și înființarea de case de nașteri în comunele rurale, s-a creat posibilitatea tuturor femeilor din țara noastră să nască, să fie asistate la naștere gratuit și în cele mai bune condiții. De aceea, de la apariția primelor contracții dureroase sau a ruperii pungii apelor fără contracții, orice gravidă trebuie să se prezinte imediat la maternitate sau casa de naștere pentru a fi examinată și supravegheată din timp, asigurîndu-se în felul acesta o desfășurare optimă a nașterii. *Naștere prematură*, declanșarea nașterii înainte de 40 de săptămîni de sarcină. Cauzele declanșării nașterii premature sînt multiple: disgravidiile, bolile infecțioase acute, tulburările neuroendocrine, traumatismele fizice și mai ales cele psihice (emoții puternice, surmenaj). Orice gravidă la care apar contracții uterine înainte de termen trebuie internată în maternitate, unde prin repaus la pat și tratament medical se va căuta să se împiedice sau să se întîrzie nașterea prematură, deoarece cu cît fătul se apropie mai mult de termen, cu atît cresc posibilitățile lui de adaptare la mediul extern. În funcție de vîrsta sarcinii, fătul are o lungime de 35—48 cm, greutatea variind între 1 000 și 2 500 g. Copilul imatur avînd o fragilitate vasculară, poate face ușor hemoragii cerebrale în timpul nașterii, deoarece dirijarea nașterii premature trebuie făcută cu deosebită grijă. După naștere, copilul imatur, din cauza insuficientei dezvoltări a sistemului nervos central, se adaptează greu la condițiile mediului extern, de aceea necesită îngrijiri speciale (căldură, umiditate, oxigenare, hrană). În condițiile actuale noastre organizări sanitare, maternitățile au secții de imaturi utilate cu aparatură modernă și personal calificat, unde copiii născuți prematur sînt îngrijiți și crescuți pînă cînd ajung la o dezvoltare și greutate normale.

nămoluri, se mai numesc încă și peloide. Sînt substanțe naturale, de origine variată, conținînd apă pînă la saturație. Ele sînt formate din particule fin divizate, insolubile în apă, deci în suspensie, dînd masei consistența unui terci. În R.P.R. se folosesc mai ales nămolurile de turbă, sapropelice și minerale. *Turbele* sînt amestecuri bogate în carbon, formate din părți de plante mai mult sau mai puțin descompuse, încît pot fi utilizate și pentru ars. Ele sînt recoltate din turbării, uscate, măcinate și apoi utilizate în scopuri balneare. Există numeroase localități care posedă asemenea turbe. Citățm dintre ele Vatra-Dornei, Borsec, Geoagiu, Băile 1 Mai etc. *Nămolurile sapropelice* sau *organice* sînt de origine vegetală și animală; putrefacția acestora decurge fără aer, ceea ce duce la formarea hidrogenului sulfurat. Aceste nămoluri se află în lacurile Techirghiol, Sovata, Amara, Ocnele Mari, Lacul Sărat etc. *Nămolurile minerale* sînt peloide ai căror componenți organici au regresat. Toate nămolurile au — în grad diferit desigur — o mare capacitate de fixare a apei (hidropexie) și a căldurii (termopexie). Datorită acestor calități ele produc la nivelul pielii o puternică vasodilatație și o încălzire tisulară profundă. Nămolurile acționează asupra organismului atît prin factorul termic, prin cel mecanic — excitația pielii

Împachetări cu nămol.

prin particulele solide în suspensie, cît și prin cel chimic — resorbția unor substanțe conținute în nămol.

nefroză, boală renală caracterizată prin edeme și prezența masivă de albumină în urină (5—10 la mie și mai mult). În sînge se constată scăderea proteinelor (hipoproteinemie) și creșterea colesterolului (4—10 la mie). Sindromul de nefroză se poate instala în cursul

unei glomerulonefrite cronice, unei amiloidoze, diabet sau poate însoți o suferință renală în cursul sarcinii. La copil se poate întîlni o formă particulară de nefroză, zisă lipoidică. *Tratamentul* nefrozei cuprinde un regim bogat în proteine (carne, brînză de vacă), derivați cortizonici, antibiotice.

neg, termen impropriu, prin care se înțelege în general mici tumori benigne ale pielii, care în realitate sînt veruci vulgare (vezi veruci) sau aluniță și alte formațiuni asemănătoare, care intră în cadrul nevilor (vezi nevi).

negativism, tulburare psihică caracterizată prin opunerea (sau rezistența) bolnavului de a executa o acțiune care i se cere. Uneori bolnavul face chiar contrariul lucrului care i s-a cerut, de exemplu dacă i se spune să țină ochii deschiși, îi închide, sau îi strînge mai tare; dacă i se cere să desfacă pumnul, îl strînge și mai puternic; dacă este împins ușor să se așeze pe scaun, se fixează și mai ferm în picioare. Explicația este aceeași ca și pentru mutism, tulburare psihică cu care se înrudește. Negativismul este frecvent mai ales în schizofrenie (vezi schizofrenie).

neocilin — vezi antibiotic.

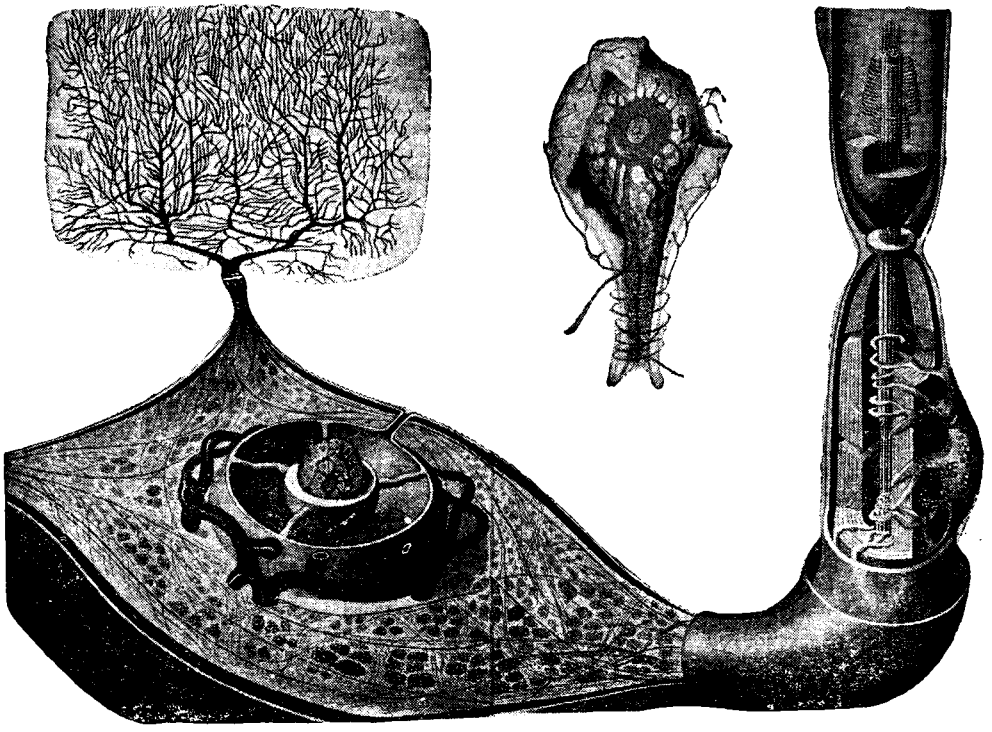
neomicin — vezi antibiotic.

neurastenie, nevroză astenică, astenie nervoasă, tulburare ce se manifestă printr-o oboseală accentuată a sistemului nervos central. Orice efort fizic sau intelectual epuizează bolnavul, acesta devine mai iritabil (se supără foarte repede), mai emotiv (plînge cu ușurință), are dureri surde și continue de cap, iar somnul nu-l odihnește. Boala se datorește unei supraîncordări a activității psihice a acestuia (de multe ori cauzate de diferite traume psihice = supărări). Este o boală care tratată la timp duce la vindecare (odihnă, sedative, creșterea încrederii bolnavului în forțele sale) (vezi nevroză).

neuroinfecții, boli datorite contaminării (infectării) creierului, nervilor sau învelișurilor lor (meningele) de către diferiți agenți infecțioși (bacterii, protozoare, virusuri). Acestea sînt următoarele: neuroinfecții prin agenți patogeni microbieni și protozoare, cum sînt meningitele, meningoencefalitele și alte complicații nervoase, prin infecții bacteriene, cu meningococ, streptococ, stafilococ, pneumococ, bacili tuberculoși, bacili cărbunoși (ai dalacului), bacilii febrei tifoide, ai tusei convulsive, ai tetanosului, ai difteriei, ai paludismului, ai febrei recurente, ai sifilisului, neuroinfecții primitive, care ating în primul rînd sistemul nervos, și secundare, care ating întîi alte organe și uneori și sistemul nervos și care sînt virotice sau probabil virotice ca encefalita epidemică, cu febră mare și tulburări nervoase foarte variate, care pare că se vindecă, dar după cîțiva ani apare stadiul cronic cu evoluție progresivă ce duce pînă la imposibilitatea bolnavului de a se deplasa („parkinsonism postencefalitic"), turbarea sau rabia, dată de un virus introdus în sîngele omului prin mușcătura animalului bolnav de turbare (cîine, lup, vulpe, pisică, șobolan). Dacă cel mușcat nu se vaccinează imediat cu vaccin antirabic, la cîteva zile de la mușcătură apar semnele de boală, ca paralizii, agitație mare a corpului și gîndirii bolnavului, groază de apă (hidrofobie), groază de curent de aer (aerofobie), apoi spasme laringiene cu senzație de sufocare care duc totdeauna la moarte. Pentru aceasta nu trebuie lăsați în libertate cîinii vagabonzi care pot fi turbați și pot mușca și îmbolnăvi alți cîini sau chiar oameni, iar cîinii de casă trebuie controlați și vaccinați de medicul veterinar ori de cîte ori observăm ceva suspect la ei; poliomielita anterioară acută (paralizia infantilă), boală gravă, cu paralizii care de multe ori rămîn pe toată viața. Boala se ia, fie prin mîinile murdare ale copiilor, fie prin muștele care transportă pe picioarele lor virusul, luat mai ales din fecalele bolnavului, fie prin picăturile de salivă pe care le împrăștie bolnavul în jurul său. De aceea, pentru prevenirea acestei boli grave, de multe ori chiar mortală, pe lîngă respectarea regulilor de igienă, să vaccinăm din timp copiii împotriva acestei boli. scleroza laterală amiotrofică (vezi scleroză laterală amiotrofică); scleroza în plăci; panencefalitele, boli transmise în special de căpușele animalelor de pădure (uneori de țînțari); herpes zoster (sau zona zoster), boală virotică care prinde de obicei un nerv senzitiv periferic, de cele mai multe ori intercostal (nervul care învervează pielea dintre două coaste), și dă naștere pe piele la niște băsicuțe cu lichid, foarte dureroase; coreea acută, boală care afectează în special copilul și adolescentul, manifestată prin mișcări involuntare și dezordonate. Deoarece se însoțește des și de leziuni ale inimii, boala este considerată ca o formă encefalitică a reumatismului poliarticular acut (vezi coree). În afara acestor boli mai sînt și altele, mai puțin întîlnite și care nu pot fi precizate de cît de medic.

neuron, sau celulă nervoasă. Spre deosebire de alte celule, neuronul are o structură fină și o funcție specializată în sensul excitabilității și conducerii excitației, fapt care îi conferă o fragilitate mai mare față de modificările ambianței, în special față de lipsa de oxigen din sînge. Un neuron este alcătuit dintr-un corp celular, un nucleu bogat în pigmenți (cromatină) și niște prelungiri, unele prin care este recepționată excitația și alta unică, prin care excitația este transmisă mai departe la alt neuron sau la un organ efector (vezi fiziologia sistemului nervos). Terminațiile receptoare se numesc *dendrite*, deoarece au forma ramurilor de copac. Prelungirea prin care impulsul nervos pleacă de la celulă se numește *cilindrax* sau *axon*. La cercetările

fine s-a dovedit că fiecare din aceste elemente (corp celular, dendrite şi axon) au o structură complexă, care asigură recepţia, elaborarea şi transmisia impulsului nervos cu o viteză foarte mare. În cadrul sistemului nervos, unor distrugeri tisulare, prin înmulţirea celulelor rămase ţesutul nervos nu se regenerează, iar diferenţa de volum a creierului, măduvei spinării, între copii şi adulţi, se realizează prin creşterea de volum a unui aceluiaşi



Neuron unipolar *(sus)*. Neuron bipolar *(jos)*.
Stînga: **corpul celulei cu dendrite;** ***dreapta***: **prelungire cilindraxială.**

diferitele părţi ale sale sînt formate din neuroni, a căror formă poate varia, însă a căror funcţie comună este aceea de a recepţiona şi transmite excitaţii. În cadrul substanţei nervoase, printre neuroni se găsesc şi celule de susţinere a acestora, numite nevroglii. În cadrul organelor sistemului nervos există mai multe miliarde de neuroni. Corpii celulari sînt situaţi de obicei în substanţa cenuşie a sistemului nervos, care uneori are forma unui strat compact (de exemplu: scoarţa cerebeloasă), iar alteori are aspectul unor insule de substanţă cenuşie, cunoscute şi sub numele de *nuclei*, formaţiuni sau centri nervoşi. Axonii celulelor sînt în mare parte înveliţi într-o substanţă albicioasă *(mielină)*, care conferă culoarea albă substanţei nervoase şi nervilor. Nervii sînt formaţi din fascicule de axoni care merg fie în sens ascendent, centripet, către măduva spinării şi creier, fie în sens descendent, centrifug, de la centri nervoşi către organele efectoare (vezi sistem nervos—arc reflex). Omul se naşte cu un număr de neuroni care nu se modifică în timpul vieţii. Spre deosebire de alte ţesuturi care se pot regenera în cazul număr de neuroni existenţi la naştere. Distrugerile de neuroni care apar în unele afecţiuni ale sistemului nervos produc tulburări funcţionale (paralizii) ireversibile, însă care uneori pot fi compensate prin acţiunea neuronilor rămaşi. Activitatea neuronului poate fi înregistrată sub forma unui curent electric de foarte slabă intensitate, înregistrarea grafică purtînd numele de *neurogramă*. Activitatea combinată a întregului sistem de neuroni din cadrul sistemului nervos (care se aseamănătoarecum cu o vastă reţea telefonică) este responsabilă de fenomenele de *excitaţie*, *inhibiţie*, care stau la baza activităţii sistemului nervos (vezi şi sistem nervos: fiziologie şi activitate nervoasă superioară).

neutrofil — vezi hemogramă.

nevi, formaţiuni proeminente la suprafaţa pielii, cu aspecte foarte variate, provenind din tulburări în dezvoltarea elementelor celulare ale pielii. Nevii pot fi congenitali sau pot apărea la diferite intervale după naştere. În cazul nevilor pigmentari se observă acumulări de pigment, care se prezintă ca nişte pete mici plate sau puţin bombate de culoare

maron-închis, nedepăşind ca mărime un bob de mei sau de linte. Deseori, pe faţă, pe pielea păroasă a capului, pe piept sau pe spate se întîlnesc formaţiuni avînd mărimea între un bob de linte şi un bob de fasole, moi la pipăit, care se înalţă cu mult deasupra nivelului pielii. De obicei, aceste aluniţe sînt de culoare roz-gălbuie, uneori cu puncte de culoare mai închisă. Alţi nevi se prezintă ca nişte umflături de mărimea unui sîmbure de vişină, ajungînd pînă la mărimea unui bob de fasole şi chiar mai mare; de obicei au bază de implantare subţire, sînt de culoare roz sau galbenă brună şi apar frecvent pe gît, spate, axile şi în inghine. Aşa-numiţii „negi păroşi" sînt formaţiuni de culoare galbenă-brună sau neagră, tari la pipăit, acoperiţi în întregime cu păr aspru şi gros. În marea lor majoritate, nevii sînt formaţiuni benigne, care, deşi uneori pot creşte într-un ritm foarte încet, nu se transformă în cancer. În unele cazuri însă, mai ales la nevii pigmentari, datorită în parte şi iritaţiilor repetate (prin scărpinări, ruperi, frecări), pielea din jurul nevului se roşeşte; se observă o creştere rapidă a formaţiunii, care uneori se poate şi ulcera. Se spune despre un astfel de nev că a „intrat în agitaţie" şi trebuie consultat imediat un medic specialist, care să stabilească dacă nu este vorba de o cancerizare şi să ia imediat măsuri. Nevii pot fi îndepărtaţi prin cauterizare sau pe cale chirurgicală. De reţinut două lucruri de o deosebită importanţă: a) nimeni nu are voie să-şi smulgă sau să-şi taie un nev, indiferent de dimensiunea, forma sau culoarea lui şi nu are voie să lase personalul fără pregătire medicală să-i îndepărteze nevii; b) în momentul cînd un nev prezintă cea mai mică modificare de dimensiune sau aspect, să se meargă de urgenţă la medic.

nevrită, inflamaţie localizată a unuia sau a mai multor nervi periferici. După teritoriul pe care îl inervează şi după caracterul nervului (senzitiv, motor sau mixt), apar şi simptomele de amorţeală, dureri, furnicături, în cazul unui nerv senzitiv; tulburări de vedere, de auz, în cazul unui nerv senzorial; paralizie în cazul unui nerv motor; tulburări asociate în cazul unui nerv mixt. Nevrita, care este o leziune localizată, trebuie deosebită de polinevrită sau poliradiculonevrită, care este o inflamaţie difuză a nervilor periferici (vezi polinevrită). O infecţie locală (abces, flegmon), o leziune a nervului printr-o înţepătură, tăietură sau injecţie cu o substanţă toxică, o lovitură cu strivirea unui nerv, o tumoare cu infiltrarea unui nerv poate da naştere nevritei. O formă mai deosebită este nevrita retrobulbară, care atinge nervii optici şi duce la pierderea vederii; apare frecvent după ingerarea, întîmplătoare sau voluntară, de alcool metilic. *Tratamentul* este, după caz, chirurgical, cu coaserea nervului în caz de secţiune, extirparea tumorii, antibiotice.

nevroză, tulburare patologică, funcţională (fără leziuni aparente) a creierului, cu ecou asupra întregului organism, avînd o simptomatologie foarte variată, consecinţă a suprasolicitării sistemului nervos central. După nevroza experimentală, obţinută la cîine de către Pavlov, acesta a dedus că şi la om, bineînţeles într-un mod mai complex, se petrec aceleaşi dereglări ale funcţionării scoarţei cerebrale privind cele două procese fundamentale: excitaţia şi inhibiţia. După tipul de reactivitate al sistemului nervos al fiecărui individ, nevroza capătă anumite caractere: nevroza unde predomină agitaţia psihică şi motorie, deci în care predomină fenomenele de excitaţie corticală; nevroza unde predomină starea de depresiune, de inactivitate, deci predomină inhibiţia corticală; nevroza unde se succed, aproape în acelaşi timp, neliniştea cu pasivitatea. În general, după caracterele tulburărilor nevrotice se pot deosebi la om trei tipuri de nevroză: a) neurastenia, nevroza astenică sau astenia nervoasă (vezi neurastenie); b) psihastenia sau nevroza obsesivo-fobică, în care tulburările principale de care se plînge bolnavul sînt mai ales fobiile (idei care îl obsedează şi îi dau o senzaţie de frică, de exemplu teama de a se îmbolnăvi în special de sifilis sau cancer, teama de diferite animale) şi obsesiile, asemănătoare în conţinut cu fobiile, dar cu un caracter mai puţin corect, ele apărînd în gîndirea bolnavului care le recunoaşte ca ireale sau absurde, dar nu reuşeşte să le înlăture (îndoială în privinţa efectuării unor diferite acte: deşi ştie că a închis bine uşa, se întoarce să verifice; deşi şi-a terminat activitatea, este preocupat chinuitor dacă nu cumva a uitat ceva; din fiecare întîmplare îşi face o vină personală pe care o amplifică continuu); în acelaşi mod apar şi impulsurile, care sînt de fapt consecinţa primelor stări arătate mai sus: bolnavul gesticulează, discută cu persoane imaginare, încearcă să se sinucidă etc. De obicei psihastenicul are posibilitatea critică de a se opri la timp de la aceste acţiuni. Este necesar ca bolnavul suferind de nevroză să consulte medicul internist şi apoi psihiatrul, pentru a se stabili tratamentul de la caz la caz. Un regim de activitate şi odihnă corespunzător, evitarea emoţiilor, a supărărilor, scoaterea bolnavului din modul său de viaţă sau de muncă pe un timp limitat şi trimiterea sa pentru odihnă într-o staţiune de munte, sedative şi somnifere, o alimentaţie regulată şi bogată în vitamine, sub îndrumarea medicului pot duce la vindecarea bolii.

nicotină — vezi tutun.

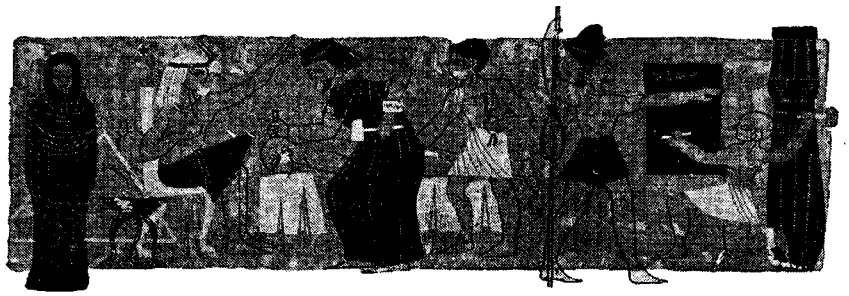
nidaţie, fixarea, cuibărirea ovulului fecundat în mucoasa uterină, care a fost pregătită în prealabil de către hormonii ovarieni în timpul ciclului menstrual. Nidaţia începe în a 8-a—a 9-a zi de la fecundaţie.

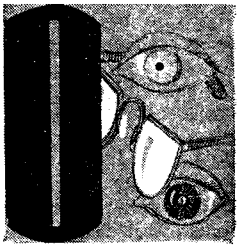
nistagmus, mişcare oscilatorie ritmică şi involuntară care însoţeşte mişcarea obişnuită

a ochilor. Deosebim trei feluri de nistagmus: a) orizontal, care apare cînd bolnavul este pus să privească în plan orizontal, la dreapta sau la stînga. În timpul mişcării ochilor apar nişte oscilaţii ritmice în acelaşi plan; b) rotator, apare cînd bolnavul face aceeaşi mişcare a ochilor ca mai sus; este o mişcare ritmică, rotatorie, în axul fiecărui ochi; c) vertical, apare cînd bolnavul priveşte în sus sau în jos; oscilaţia, tot ritmică, apare în plan vertical. Nistagmusul apare numai cînd este lezat sau excitat aparatul vestibular (aşezat în nişte canale din stînca osului temporal — are un rol important în menţinerea corectă a poziţiei corpului în spaţiu), sau căile vestibulare, care transmit impulsurile primite de la aparatul vestibular, sistemului nervos central. Orice factor care produce o excitaţie sau o leziune a aparatului vestibular sau a căilor sale centrale poate produce nistagmus (chinina, băuturile alcoolice, streptomicina în cantitate prea mare, stările febrile, tulburările circulatorii, hipo- sau hipertensiunea arterială, tumorile cerebrale, hemoragiile cerebrale, scleroza în plăci). Nistagmusul nu este deci o boală, ci un simptom (semn) al uneia din bolile de mai sus, de aceea tratamentul său este cel al bolii care l-a provocat şi numai medicul îl poate aprecia.

noma (stomatită gangrenoasă), gangrenă a gurii, de origine microbiană, apărînd la orice vîrstă, dar mai frecvent la copilul mic, ca o complicaţie a unei boli infecţioase (scarlatină, pojar, febră tifoidă). Astăzi este o boală rară. Pe mucoasa bucală sau pe gingii apar zone de gangrenă, urmate de ulceraţii, respiraţia exală un miros fetid, starea generală este gravă. *Tratament*: gargară cu soluţii antiseptice, antibiotice, ser antigangrenos.

noxe profesionale, factori nocivi existenţi la anumite locuri de muncă şi care pot ameninţa sănătatea muncitorilor, dacă nu se iau măsuri de protecţie. Astfel de noxe sînt: fumul, pulberile (praful), gazele şi vaporii toxici, temperatura ridicată, frigul, radiaţiile calorice sau ionizante, zgomotul, trepidaţiile etc. Lichidarea noxelor sau neutralizarea lor, cu ajutorul mijloacelor de protecţie colectivă sau individuală, constituie o preocupare centrală a conducerilor întreprinderilor şi a inspecţiilor de stat pentru igienă şi protecţia muncii din ţara noastră, în scopul reducerii continue a morbidităţii prin boli profesionale. Problema noxelor profesionale formează, de asemenea, obiectul unor cercetări ştiinţifice susţinute întreprinse de institutele de igienă şi protecţia muncii.





Obezitate, tulburare de nutriție caracterizată printr-o sporire anormală a greutății corporale. Se consideră obezitate depășirea cu 10—15% a greutății ideale, reprezentată prin exprimarea în kilograme a numărului de centimetri care depășesc 1 m în înălțime (la persoane nu prea înalte). Obezitatea se datorește fie unui exces de alimente care se depun sub formă de grăsime, fie unor boli, în special ale glandelor endocrine (hipofiză, tiroidă, suprarenale, glande genitale). Indiferent de origine, obezitatea constituie o stare anormală a corpului care dăunează inimii, arterelor, ficatului, provoacă diabet, gută, tulburări statice (picior plat, varice). Media de viață a obezilor este cu 10 ani mai mică de cît a oamenilor normali. *Tratamentul* obezității se bazează în primul rînd pe regimul alimentar din care se reduc pînă la excludere făinoasele, dulciurile și sarea, se scad grăsimile, înlocuidu-le cu proteine, lactate degresate, legume verzi și fructe. Vor fi excluse, deci, următoarele alimente: unt, nuci, frișcă, pîine, făinoase, dulcețuri, prăjituri. Sînt permise: carne slabă fiartă sau friptă, verdețuri, fructe, brînzeturi slabe (urdă, brînză de vacă), lapte dulce desmîntînit, iaurt. Se mai recomandă muncă fizică, gimnastică, sport, masaj care intensifică arderile și dezvoltă musculatura în detrimentul depozitelor de grăsime. Obezitarea glandulară se tratează cu medicamente care activează arderile (tiroidă) sau care taie pofta de mîncare (gracidin), dar care se iau numai sub strictă supraveghere medicală.

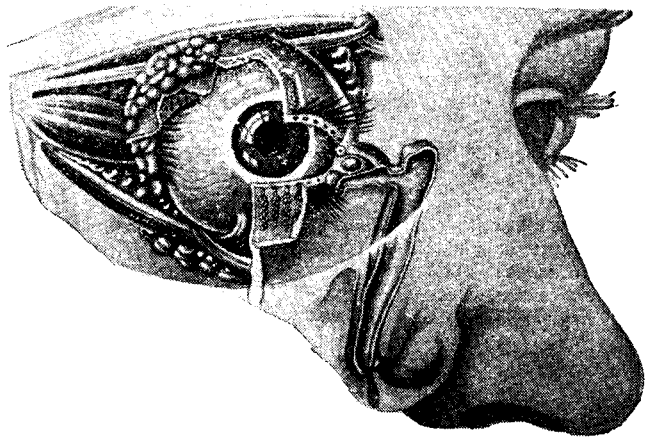
obnubilare, stare psihică caracterizată prin diminuarea conștiinței bolnavului. Fiecare dintre noi poate să o recunoască, deoarece am observat-o la unii bolnavi, mai ales la cei febrili sau care au pierdut o cantitate mare de sînge. Deci nu este vorba de o boală, ci de o diminuare a senzației subiective de a percepe clar sau de a raționa limpede. Orice boală care duce la suferința creierului poate da obnubilare.

Obregia Alexandru (1860—1937), psihiatru, histolog și organizator sanitar romîn, profesor la Facultatea de medicină din București. A publicat lucrări asupra paraliziei generale, ciclofreniei, morfologiei sistemului nervos. A participat la propaganda antialcoolică. A fost director general al Serviciului sanitar între anii 1899—1901 și 1904—1907. La inițiativa și sub îndrumarea lui s-a construit în Capitală actualul spital „Gh. Marinescu", cea mai mare instituție spitalicească din țară.

Obsesie, tulburare care apare în gîndirea unor bolnavi, idei sau reprezentări care parazitează involuntar gîndirea acestora, care se desfășoară cu o logică anormală și chinuitoare, de a căror absurditate este convins și bolnavul, fără ca să îi poată opri desfășurarea. Obsesia constituie una din tulburările pe care le întîlnim în psihastenie (vezi nevroză).

obturație (plombă), umplerea unei cavități create după curățirea unei carii. Materialele care se folosesc la obturații au anumite calități: sînt suficient de dure, aderă de cavitățile dintelui, sînt inofensive pentru organism. Amalgamul este mai rezistent, silicatul este mai fizionomic (estetic). Pentru a nu dăuna elementelor biologice din pulpa dintelui (nervi, vase etc.) se recomandă căptușirea obturațiilor, cînd cavitatea creată este adîncă pe un dinte viu. Uneori se fac obturații provizorii, cînd nu sîntem siguri că tratamentul cariei este terminat. Cavitatea creată pentru a primi obturația cere anumite reguli mecanice de construcție, atît pentru a menține obturația, cît și pentru a evita producerea de carii lîngă obturație din cauza incorectitudinii de executare (carii secundare). Cînd obturația nu se poate reține în cavitatea dintelui, aceasta fiind prea mare sau cu pereții nerezistenți, se recomandă acoperirea dintelui respectiv cu o coroană de înveliș. Asemănătoare obturațiilor, dar mai rezistente, sînt lucrările care se toarnă în laborator și se cimentează (încrustații). Obturația se face în așa fel, încît să refacă total forma anatomică a dintelui

și să-i permită să execute perfect funcția de masticație. La orice obturație trebuie ținut seama pe de o parte, ca contactul cu dinții din arcada opusă să fie în ocluzie normală (să nu fie prea înaltă, încît să împiedice contactul celorlalți dinți), iar pe de altă parte



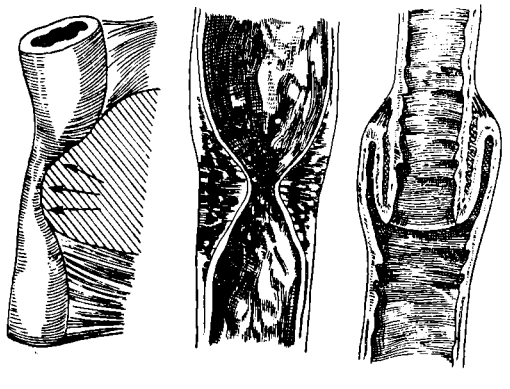
Aparatul lacrimal.

să refacă și punctul de contact cu dinții vecini pentru ca resturile alimentare să nu lovească gingia, producîndu-i iritații.

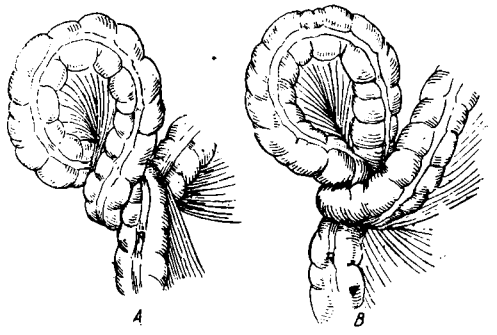
ochi, organul vederii, situat în cavitatea orbitară. Este format din globul ocular cu nervul optic și dintr-o serie de anexe. Globul ocular este de formă sferică și are trei învelișuri. Învelișul exterior este format din țesut fibros dens și are rolul de a apăra ochiul. Acest înveliș de culoare albă poartă numele de *sclerotică*. În partea anterioară a ochiului, sclerotica devine transparentă pentru razele de lumină și poartă numele de cornee. Corneea nu are vase sanguine, în schimb este bogat inervată. Imediat sub sclerotică se află învelișul vascular. Acesta se împarte în trei porțiuni: a) porțiunea cea mai mare, situată posterior, numită *coroidă*; b) anterior, coroida se continuă cu *corpul ciliar*, care la rîndul lui se continuă cu *irisul*; c) *irisul* este format din fibre musculare netede, unele circulare și altele radiare, aceste fibre musculare avînd drept scop să mărească sau să micșoreze un orificiu situat în centrul irisului, numit *pupilă*; în iris se găsește și un pigment care dă o culoare caracteristică irisului: negru, albastru, căprui. Corpul ciliar conține și el mușchi, care pot relaxa sau întinde aparatul ligamentar al cristalinului. *Cristalinul* are forma unei lentile biconvexe și este situat înapoia irisului, acoperind complet pupila. Cristalinul este complet transparent și are rolul de a strînge într-un mănunchi razele luminoase ce vin din afară. Între cornee și cristalin se află camera anterioară a ochiului. Camera anterioară este plină de un lichid transparent incolor; în spatele cristalinului se află camera posterioară a ochiului, care este mult mai mare de cît cea anterioară. Camera posterioară este căptușită pe dinăuntru de o a treia membrană a ochiului, numită *retină*. Retina este aparatul nervos receptor al ochiului. Ea este formată din numeroase celule nervoase, care sînt impresionate de lumină și se prezintă sub două forme: unele au prelungiri care seamănă cu un con (celule cu con), iar altele posedă prelungiri în formă de bastonașe (celule cu bastonașe). Sub stratul de celule cu conuri și celule cu bastonașe se mai găsesc două straturi de celule, legate prin prelungirile lor cu celulele din stratul superficial. Prelungirile celulelor din stratul cel mai profund formează nervul optic, care constituie perechea a II-a de nervi cranieni. Pe suprafața retinei se disting două regiuni cu caractere speciale: prima, este locul de unde se desprinde nervul optic, *pata albă*. În această regiune nu se găsesc celule cu conuri și cu bastonașe; această porțiune de retină, neavînd elemente receptoare, nu este sensibilă la lumină. De aceea se mai numește și *pata oarbă*. A doua, așa-numita *pata galbenă*, se află cu cîțiva milimetri lateral de *pata oarbă*. Ea este situată chiar în fața pupilei. La nivelul petei galbene, retina este mai subțire și are cel mai mare număr de celule cu conuri și bastonașe. În acest sector limitat al retinei se obține cea mai clară și mai netă imagine a obiectului văzut. Camera posterioară, cuprinsă între fața posterioară a cristalinului și retină, este umplută de *corpul vitros*. Aceasta are un aspect gelatinos și transparent. Raza de lumină înainte de a pătrunde pînă la retină trebuie să treacă prin următoarele medii transparente ale ochiului: *corneea, umoarea camerei anterioare, cristalinul* și *corpul vitros*. Anexele ochiului sînt formate dintr-o serie de organe, care apără și mișcă globul ocular. Anexele cu rol de apărare sînt: a) *sprîncenele* sînt formate din fire de păr așezate deasupra orbitelor și opresc ca sudoarea de pe frunte să se scurgă în ochi și să împiedice astfel vederea; b) *pleoapele* sînt situate înaintea globului ocular, pentru fiecare ochi o pleoapă superioară și una inferioară; închizîndu-se, pleoapele acoperă complet globul ocular; c) pe marginile pleoapelor sînt implantate fire de păr, care alcătuiesc *genele*, între care se găsesc orificiile glandelor Meibomius, a căror inflamație produce „ulciorul". Fața internă a pleoapelor este căptușită de o mucoasă

numită conjunctivă, ce se răsfrînge şi pe faţa anterioară a globului ocular, formînd deasupra şi dedesubtul globului cîte un fund de sac, numit *sacul conjunctival superior şi inferior.* Pleoapele protejează ochiul de particulele de praf, de uscare şi de razele puternice de lumină. *Aparatul lacrimal* este constituit din *glanda lacrimală* şi *căile lacrimale* prin care se elimină în afară lichidul lacrimal. Glanda lacrimală este situată în unghiul superior şi extern al orbitei. De aici, lichidul lacrimal printr-o serie de mici canale excretoare pătrunde în sacul conjunctival şi umezeşte suprafaţa conjunctivei. Lacrimile se adună în sacul lacrimal, de unde, prin canalul lacrimal se scurg în nas. *Lacrimile* sînt un lichid incolor, limpede, care spală în permanenţă suprafaţa externă a ochiului. Ele conţin substanţe ce apără ochiul de infecţie, umezind şi mucoasa nazală. Dintre elementele de protecţie a ochiului mai fac parte: pereţii ososi ai orbitei şi ţesutul osos care căptuşeşte orbita. *Anexele cu rol de a mişca globul ocular*: globul ocular este acţionat de şase muşchi, dintre care patru muşchi drepţi şi doi muşchi oblici ce mişcă ochiul în toate direcţiile şi sînt inervaţi de nervii cranieni III, IV şi VI.

ocluzie intestinală, oprirea tranzitului intestinal datorită unui obstacol (ileus mecanic) sau unei tulburări în dinamica musculaturii intestinale (ileus dinamic). Cauzele care pot provoca un obstacol intestinal sînt numeroase: schimbări în aşezarea normală a intestinului (invaginaţii intestinale, volvulus, hernii interne), compresiuni (prin tumori abdominale, prin bride), obliterări (prin corpi străini sau fecaloame), stricturi (stenoze inflamatorii, neoplasme ale intestinului, leziuni congenitale). Ileusul dinamic poate fi produs prin paralizia musculaturii intestinale (ileus paralitic), consecutivă unei peritonite acute, unor leziuni nervoase, de cauză reflexă (epiploon strangulat, torsiune de chist de ovar, calcul renal sau biliar, traumatisme abdominale), unor leziuni ale vaselor mezenterice (embolie, tromboză), unor intoxicaţii (alcaloizi, uremie) sau prin contractura localizată a unei anse sau a unui segment de intestin, ceea ce este mult mai rar (leziuni nervoase, calcul biliar migrat în intestin). Datorită obstacolului se produc stază intestinală şi lipsa de absorbţie la nivelul



Ocluzie intestinală prin (de la stînga la dreapta): compresiune; aderenţe; invaginare.



Ocluzie intestinală prin volvulus (două variante).

mucoasei respective; aceasta determină tulburări în metabolismul apei şi al sărurilor din organism, care accentuează gravitatea ocluziei: concentrarea sîngelui, creşterea rezervei alcaline, creşterea glicemiei, creşterea clorului, scăderea sodiului, creşterea potasiului. Din punct de vedere clinic, ocluzia poate fi acută, cu debut brusc, durere mare abdominală, sughiţ, vărsături la început alimentare, apoi bilioase şi mai tîrziu fecaloide, cu balonarea abdomenului şi lipsa de eliminare a materiilor fecale şi a gazelor; starea generală se agravează rapid, pulsul devine slab şi tahicardic, respiraţia rapidă, bolnavul murind în 3—6 zile. În general, temperatura este normală sau puţin ridicată, pulsul este tahicardic, în discordanţă cu temperatura. Ocluzia cronică are un debut mai lent, cu mici crize de ocluzie incompletă: durere mare într-un punct al abdomenului, balonare, absenţa scaunului, vărsături; aceste fenomene durează 2—3 zile, apoi bolnavul are un scaun abundent şi toate simptomele se ameliorează şi dispar pentru a reapărea după o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp. Bolnavul moare prin slăbire progresivă sau intră într-o ocluzie acută. *Tratamentul* ocluziei intestinale este chirurgical şi rezultatele sînt în funcţie de momentul intervenţiei şi de cauza ocluziei. Balonarea abdomenului, oprirea materiilor fecale şi a gazelor, vărsăturile, trebuie să ne facă să ne gîndim la posibilitatea unei ocluzii intestinale şi să transportăm de urgenţă bolnavul la spital, unde este supravegheat şi i se fac examenele radiologice pe baza cărora se pune diagnosticul de ocluzie, arătînd locul ocluziei şi uneori cauza ei.

Ocna Sibiului, staţiune balneară din apropierea Sibiului (12 km), are o altitudine de 408 m şi un climat plăcut, determinat de apropierea de masivele Ricoteciu, Dealul

Ocnei şi Gorgan. Caracteristica staţiunii o constituie lacurile sărate care s-au format pe locul fostelor ocne, unele săpate încă de pe vremea romanilor. Cele mai importante lacuri sînt: Horia, Cloşca şi Crişan din incinta parcului, apoi Ocniţa, care este foarte concentrat (260‰) şi posedă nămol sapropelic folosit în staţiune pentru împachetări şi pentru ungeri pe corp. În parc izvorăşte sursa de apă minerală Horia (mineralizată la 4‰), care se prescrie în boli digestive. Lacurile din parc prezintă primăvara fenomenul de heliotermie (vezi Sovata — Lacul Ursu). Cura de băi la Ocna Sibiului se recomandă în boli ale aparatului locomotor, genital feminin şi sistemului nervos periferic.

Ocnele Mari, localitate situată lîngă Rîmnicul Vîlcea (la 10 km distanţă de acest oraş), care posedă un lac cu apă sărată foarte concentrată, precum şi instalaţii pentru băi calde de cadă. Staţiunea este recomandată pentru boli ale aparatului locomotor, genital feminin şi ale sistemului nervos periferic. La 2 km de staţiune se află localitatea Ocniţa care posedă de asemenea un bazin cu ape sărate concentrate şi instalaţii pentru băi calde la cadă.

ocrotirea mamei şi copilului, parte integrantă a sistemului de ocrotire a sănătăţii. Ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului constituie o grijă de căpetenie a statului nostru, în lumina prevederilor Constituţiei R.P.R. Se realizează printr-un complex de măsuri social-economice, sanitare şi legislative: dezvoltarea reţelei de maternităţi şi case de naşteri (vezi maternitate), spitale, policlinici şi dispensare pentru copii, organizarea de bucătării de lapte, creşe, grădiniţe şi case ale copilului, învăţămînt gratuit, asistenţă medicală şi medicamente gratuite pentru gravide, lăuze şi copii, concediu de naştere de 112 zile, măsuri pentru uşurarea muncii gravidei şi femeii care alăptează, acordarea alocaţiei de stat pentru copii etc. Aplicarea acestor măsuri stă la baza marilor progrese obţinute în evoluţia stării de sănătate a tinerei generaţii (vezi mortalitate infantilă, dezvoltare fizică).

ocrotirea sănătăţii. În ţara noastră, ocrotirea sănătăţii a devenit în anii puterii populare pentru prima dată, problemă de stat şi a luat o mare dezvoltare, constituind o parte integrantă a operei de neîntreruptă ridicare a bunăstării întregii populaţii. Acţiunea, extrem de complexă, de apărare şi întărire a sănătăţii oamenilor se desfăşoară planificat, sub conducerea unică a Ministerului Sănătăţii şi Prevederilor Sociale. Ocrotirea sănătăţii se realizează prin creşterea continuă a fondurilor alocate de stat, prin înmulţirea unităţilor medicale şi a cadrelor medico-sanitare, prin realizarea unei asistenţe medicale gratuite şi larg accesibile, prin aplicarea celor mai noi cuceriri ale ştiinţei medicale, prin orientarea consecventă profilactică imprimată întregii activităţi medicale (vezi profilaxie). Dar ocrotirea sănătăţii beneficiază de un larg ansamblu de măsuri, care depăşesc cu mult sfera propriu-zisă a medicinei. Astfel, sporirea continuă a venitului real pe cap de locuitor, construcţia pe scară largă de locuinţe igienice şi confortabile, reglementarea timpului de muncă şi reducerea acestuia în condiţii de lucru grele şi foarte grele, dezvoltarea posibilităţilor de odihnă, amploarea luată de mişcarea de cultură fizică şi sport, marile înfăptuiri pe tărîmul culturii şi — într-un cuvînt — creşterea neîntreruptă a nivelului de trai, în condiţiile desăvîrşirii construcţiei socialiste, creează cadrul prielnic apărării şi întăririi sănătăţii oamenilor (vezi mortalitate generală, mortalitate infantilă, durata medie a vieţii). Totodată, în condiţiile oferite de democratismul orînduirii noastre de stat, realizarea măsurilor de ocrotire a sănătăţii se bucură de participarea din ce în ce mai largă a oamenilor muncii, organizaţi şi antrenaţi de organizaţiile obşteşti, al căror rol în viaţa socială sporeşte continuu. Participarea oamenilor muncii la apărarea propriei lor sănătăţi reprezintă materializarea unuia din principiile fundamentale ale organizării socialiste a ocrotirii sănătăţii şi constituie baza rezolvării depline a problemelor noastre de sănătate publică.

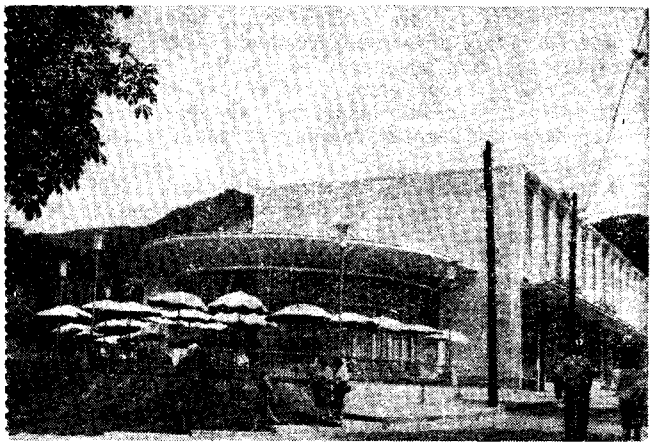
odihnă; tot atît de necesară omului ca aerul sau hrana, odihna reprezintă una din pîrghiile principale ale menţinerii sănătăţii şi capacităţii de muncă. Un element primordial al odihnei este asigurarea orelor de somn, indispensabile organismului, care pentru omul adult se cifrează la 7—8 ore zilnic. Durata insuficientă a somnului nu poate fi compensată prin nimic şi duce cu timpul la apariţia surmenajului, favorizînd şi alte îmbolnăviri. Paralel cu grija pentru durata somnului este bine să se creeze cele mai potrivite condiţii pentru un somn odihnitor şi reconfortant: cameră bine aerisită, plapumă călduroasă dar nu grea, întuneric, linişte, evitarea meselor încărcate seara, lăsarea unui interval de 1 1/2—2 ore între masa de seară şi culcare. Dar odihna, în înţelesul ei deplin, nu înseamnă numai a sta nemişcat şi a nu face nimic. Odihna practicată raţional, în interesul întăririi propriei sănătăţi, implică şi utilizarea diverselor forme de *odihnă activă.* Prin odihnă activă se înţelege în general orice fel de activitate plăcută şi reacreativă, care diferă de munca profesională şi nu contravine cerinţelor igienei. Deosebit de valoroase — în special pentru persoanele care desfăşoară o activitate predominant intelectuală şi sedentară — sînt formele de odihnă activă care dau corpului prilejul să beneficieze de acţiunea combinată a mişcării şi aerului curat: plimbările, excursiile, practicarea jocurilor sportive şi a sporturilor potrivite cu vîrsta şi posibilităţile organismului. Sfîrşitul de săptămînă şi concediul anual de

odihnă vor fi cel mai bine valorificate, cu mare cîştig pentru sănătate, prin „schimbarea aerului" şi practicarea consecventă a formelor variate de odihnă activă, pentru care s-au creat şi se dezvoltă continuu în ţara noastră cele mai largi condiţii.

oftalmia electrică (electrooftalmia, fotooftalmia), congestie superficială a conjunctivei şi corneei, cauzată de efectul razelor ultraviolete. Ea poate lua naştere sub influenţa luminii puternice dată de lampa cu arc, arcul voltaic, sudura electrică şi autogenă, sub acţiunea zăpezii. Se produc mici leziuni ale epiteliului, datorită razelor ultraviolete. Simptomele apar după cîteva ore (6—8), cu dureri oculare, senzaţie de arsură, spasm al pleoapelor. Tratamentul constă în aplicarea de comprese reci, medicamente calmante şi pomezi. Profilaxia constă în purtarea de ochelari de protecţie fumurii, măşti şi ecrane speciale de protecţie.

oftalmoscopie, metodă de examinare a ochiului cu oftalmoscopul, aparat care permite să se observe interiorul globului ocular: retina, coroida şi papila nervului optic, părţi care constituie fundul de ochi. Există o metodă de oftalmoscopie indirectă şi alta directă. Oftalmoscopia indirectă se efectuează cu ajutorul unei oglinzi concave, care reflectă lumina venită de la un bec situat lateral spre ochiul care trebuie examinat. Oglinda este prevăzută la mijloc cu un orificiu prin care priveşte medicul. În apropiere de ochiul care este examinat se ţine o lupă, care are rolul de a mări imaginea ce apare răsturnată. Oftalmoscopul direct sau electric are ca sursă de lumină proprie un beculeţ şi este prevăzut cu un sistem optic care dirijează fasciculul luminos în prelungirea axului vizual al examinatorului. Se priveşte cu oftalmoscopul prin pupila ochiului care trebuie examinat, în timp ce fasciculul de lumină iluminează interiorul globului. Sistemul optic al oftalmoscopului direct dă posibilitatea de a vedea imaginile nerăsturnate şi mărite de circa 14 ori. Prin examenul oftalmoscopic se poate ajuta la precizarea diagnosticului, atît în bolile oculare, cît şi în bolile extraoculare sau generale care au influenţă asupra ochiului (tumori intracraniene, boli ale aparatului cardiovascular etc.).

Olăneşti, staţiune balneo-climaterică în apropiere de Rîmnicul-Vîlcea (18 km), în mijlocul unor dealuri împădurite; are o altitudine de 450 m şi un climat de coline, cu veri răcoroase şi ierni blînde. Izvoarele de ape minerale din Olăneşti sînt fie slab mineralizate şi sulfuroase ca nr. 11, 12, 24 sau sărate, slab sulfuroase ca nr. 8, 10, 14, fie iodurate ca nr. 3, 5, 7, 9, 19. Aceste ape sînt folosite în cură internă, în boli de stomac, intestine, ficat, căi biliare, urinare. Alte izvoare sînt folosite în cură externă în boli ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic, boli de



Olăneştl.

piele sau de femei. Nu beneficiază de cura la Olăneşti bolnavii urinari cu supuraţii, cei cu hipertensiune arterială, tuberculoză pulmonară. Din Olăneşti se pot face plimbări şi excursii mai lungi la Lacul cu ghiocei, Piatra scrisă, în munţii Cheia şi Stogul (1 800 m).

oligofrenie, diminuare cronică accentuată a funcţiilor psihice de multe ori întovărăşită şi de o dezvoltare compromisă a organismului. Psihicul bolnavilor prezintă alterări în raport cu gradul leziunilor cerebrale. Se pot deosebi: a) *debilitatea mintală*, în care tulburările psihice sînt mai mici. Educaţia şi instrucţia lor în şcoli reuşeşte să-i facă să progreseze pînă la un anumit nivel. Ei sînt oameni care pot avea un comportament satisfăcător în societate şi se pot încadra în producţie în raport cu posibilităţile lor; b) *imbecilitatea*, care constituie un grad mai avansat de oligofrenie. Imbecilii pot fi şi ei educaţi într-o oarecare măsură (învaţă cu foarte mare greutate noţiuni simple de aritmetică, pot citi). Deoarece memoria, atenţia şi judecata le sînt destul de greoaie şi deficitare, au nevoie de sprijinul colectivităţii. Sînt folositori în munca necalificată, dar trebuie să fie supravegheaţi şi îndrumaţi; c) *idioţia*, în care bolnavii de cele mai multe ori nu mai au nici o posibilitate de autocontrol. Nu pot munci, nu se pot hrăni singuri, nu-şi pot însuşi nici deprinderile elementare şi nici nu ştiu să vorbească, de aceea ei au nevoie de îngrijire şi supraveghere continue. Cauza acestor tulburări în dezvoltarea psihicului ţine, pe de o parte, de bolile dina-

inte de concepție ale părinților, (mai ales sifilis, alcoolism) sau din timpul sarcinii (sifilis, alcoolism, diferite infecții generale sau genitale ale mamei, mai ales rubeola), iar pe de altă parte, de bolile contractate de făt în timpul nașterii sau după naștere (asfixie sau hemoragii datorite unei nașteri prelungite, pojar, scarlatină, tuse convulsivă). Aceste boli pot duce la leziuni mai mici sau mai mari ale creierului și la apariția oligofreniei. Distrugerile din creier nu se înlocuiesc și rămîn definitive, de aceea singura reeducare poate pregăti pentru viață copilul oligofren și aceasta numai în raport cu capacitatea creierului lezat. Este necesar ca părinții să se gîndească la suferințele ce le pot avea copiii lor dacă vor nesocoti urmările unor boli asupra acestora (mai ales alcoolismul) și cît de important este să respecte regulile de igienă și prescripțiile recomandate de medic femeii însărcinate și mamei.

oligurie, diminuarea cantității de urină eliminată în timp de 24 de ore. Normal, diureza este în jurul cifrei de 1 200 ml urină în 24 de ore. Se poate spune că există oligurie cînd diureza scade sub 600 ml. Cînd scade sub 100 ml, este oligoanurie și cînd diureza se reduce la cîțiva ml, este anurie. Oliguria poate fi în legătură cu ingerarea redusă a lichidelor, cu pierderile mari de apă prin vărsături, transpirații, diaree; în aceste cazuri, diureza se restabilește prin injectarea de lichide sub piele sau intravenos, sau pe gură dacă bolnavul nu varsă. Toate bolile acute sau cronice, organice sau funcționale, stările febrile, intoxicațiile, arsurile întinse, insuficiențele cardiace, bolile hepatice, bolile renale, pot fi însoțite de oligurie.

omnamicină — vezi antibiotic.

O.M.S. — vezi Organizația Mondială a Sănătății.

onanie, satisfacerea anormală a plăcerii sexuale prin excitarea voluntară a penisului sau clitorisului (masturbație). Numele vine, impropriu, de la personajul biblic Onan, care practica actul sexual întrerupt, pentru evitarea sarcinii (vezi perversiuni sexuale). Este o tulburare care apare de obicei în perioada adolescenței atunci cînd începe maturarea organelor sexuale și apariția libidoului. Anturajul necontrolat al copiilor, lipsa de educație corespunzătoare din partea părinților, lipsa curățeniei lenjeriei la copii (care poate produce iritarea și excitarea organelor sexuale), lipsa de control a literaturii pe care o citește sînt factori care pot determina această perversiune sexuală la copii. Deseori, acest viciu duce mai tîrziu la o devirilizare morală sau la impotență psihică. Cîtă vreme la unii indivizi normali (și la unele animale: cîine, maimuță, curcan) masturbația poate fi excepțional practicată ca un substitut al actului sexual în lipsa unei partenere de sex opus (curiozitate, internat, cazărmi), la onanist dimpotrivă, masturbația este preferată actului sexual normal.

Onania este vindecabilă, iar rolul cel mai important îl au părinții; copiii trebuie lămuriți cu toată grija cît de urîtă este această practică, trebuie îmbrăcați curat, îndemnați să facă sport, să doarmă pe un pat mai tare, să-și găsească preocupări și colegi corespunzători cu vîrsta și aptitudinile lor.

oncologie, specialitate a medicinei care se ocupă cu studiul și tratamentul tumorilor. Ca știință și ca parte integrantă din ocrotirea sănătății publice este în plină dezvoltare. La noi în țară, datorită condițiilor social-economice actuale, oncologia s-a putut dezvolta în cele mai bune condiții, creîndu-se institute de oncologie și rețea sanitară de oncologie care se ocupă cu studiul, depistarea, diagnosticul și tratamentul tumorilor.

onirism, sau „delir de vis", stare caracteristică unor bolnavi psihici cînd, deși nu dorm apar pe fondul unei diminuări a conștiinței halucinații (imagini vizuale, auditive, fără obiect). Onirismul nu este o boală, ci o tulburare trecătoare în funcția scoarței cerebrale. Explicația dată de Pavlov este aceea că datorită diferitelor cauze exterioare pot apărea în anumite zone ale scoarței cerebrale o stare de inerție (persistență) a excitației, care atrage spre sine energia nervoasă a altor zone corticale. Starea onirică o putem întîlni în toxicomanii (la bolnavii care consumă cocaină, morfină), în anumite ocazii la alcoolici, în stări febrile accentuate cu diminuarea conștiinței, în anumite boli psihice (schizofrenie).

opiomanie, toxicomanie caracterizată prin consumarea de opium fie fumat, fie mestecat. Bolnavul simte nevoia irezistibilă de a-și procura toxicul care-i produce o stare de beție euforică și halucinații, și întrebuințează orice metodă pentru a-l avea (își vinde hainele, lucrurile din casă). Consumarea sa are însă cu timpul un efect foarte grav, ducînd treptat la epuizarea bolnavului, la scăderea rezistenței fizice și psihice și la moarte. *Tratamentul*, care se face de obicei în spital, unde se pot găsi condiții mai bune pentru detoxicarea bolnavului, constă în suprimarea treptată a toxicului și fortificarea bolnavului. Pentru toate aceste motive, vinderea și consumarea opiului sînt aspru pedepsite de legile internaționale.

opoterapie, folosirea „sucurilor" extrase din organe sau țesuturi în scop de tratament medical. Broun-Séquard, celebru fiziolog francez care a trăit în jumătatea a doua a secolului trecut, a fost acela care a ridicat cel dintîi, din punct de vedere practic, problema tratamentului cu extrase de organe, acolo unde lipsea un organ sau funcția lui devenise insuficientă. Întrebuințarea organului propriu-zis, așa cum s-a procedat la început, a avut rezultate destul de limitate. Ulterior, s-a constatat că este mult mai bogată în rezultate folosirea extractelor din aceste organe,

după ce se eliminase tot ce era inutil şi fără valoare din punct de vedere terapeutic. Astăzi, laboratoarele de specialitate obţin extrase active în stare chimică pură, din cele mai multe organe. Aceste extrase sînt denumite hormoni. Deseori, se prepară şi pe cale sintetică, în felul acesta, opoterapia a constituit o bază pentru dezvoltarea endocrinologiei.

Orbeli Leon Abgarovici (1882—1958), fiziolog sovietic, eminent reprezentant al şcolii lui I.P. Pavlov. A studiat fiziologia digestiei şi a excreţiei renale şi, îndeosebi, influenţa sistemului nervos vegetativ asupra funcţiilor diverselor organe şi ţesuturi. Lucrările sale sînt o expresie a orientării evoluţioniste în fiziologia normală şi patologică.

oreion — vezi parotidită epidemică.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii. A luat fiinţă în mod oficial în anul 1948. Scopul acesteia este de a iniţia şi sprijini aplicarea unor măsuri, prin colaborare internaţională, menite a îmbunătăţi starea sanitară în lume, a împiedica propagarea epidemiilor, a dezvolta asistenţa medicală curativă şi aplicarea măsurilor de medicină preventivă. Sediul central al O.M.S. se află la Palatul Naţiunilor din Geneva. Ţara noastră este stat membru al O.M.S. şi participă la elaborarea şi realizarea programelor anuale adoptate de Adunările Mondiale ale Sănătăţii. Spre exemplu, este bine cunoscut succesul obţinut de ţara noastră în eradicarea malariei — obiectiv al uneia din campaniile mari mondiale iniţiate de O.M.S., începînd din anul 1955. Metodele şi mijloacele prin care s-a izbutit lichidarea acestui flagel — care în trecut făcea anual sute de mii de victime în Romînia — au fost studiate de specialişti şi experţi ai O.M.S., care ne-au vizitat ţara în acest scop.

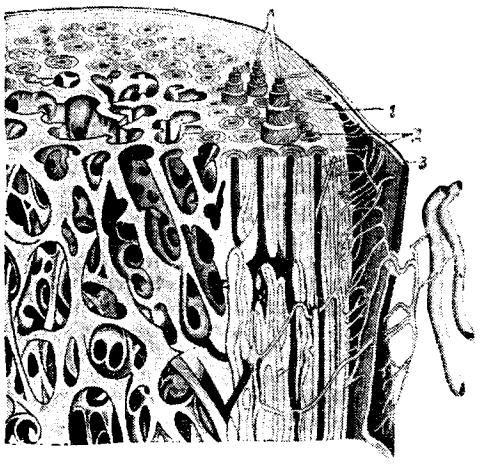
orhită, inflamaţie a testiculului. Nu trebuie să se confunde cu epididimita, inflamaţia epididimului. Apare, în general, ca o complicaţie în cursul unei boli infecţioase (oreion, gripă, sifilis, mai rar tuberculoză). Determină hipotrofia, uneori chiar atrofia testiculului, de aceea cînd este bilaterală este urmată de azoospermie (lipsa producerii de spermatozoizi). Clinic se manifestă prin durere şi mărirea testiculului şi temperatură. *Tratament*: repaus obligatoriu la pat, antibiotice, pungă cu gheaţă. Uneori, infecţia cuprinde testiculul şi epididimul (orhiepididimită), ca o complicaţie a unei uretrite, prostatite, acute sau cronice, după o dilataţie uretrală sau cînd bolnavul stă mult timp cu sondă uretrală care produce o uretrită. Orhiepididimita din cauza sondei supurează deseori şi necesită incizie şi drenaj, uneori chiar extirparea testiculului.

ornitoză, boală infecţioasă acută, care atinge diferite specii de păsări şi care se transmite omului. Din grupul ornitozelor, forma cea mai studiată este boala papagalilor — psittacoza — descrisă prima dată în 1875. Atenţie deosebită a atras, în 1929—1930, ornitoza după epidemia gravă de psittacoză, care a atins aproape 800 de oameni în diferite ţări ale Europei şi Americii. Agentul patogen al psittacozei a fost evidenţiat în 1930 şi este un virus. În condiţii artificiale suferă de psittacoză multe specii de păsări domestice (raţe, găini, curci), porumbei, păsări de cameră (papagali, canari, scatii, sticleţi), păsări sălbatice (pescăruşi, bîtlani, fazani). Rolul fundamental în păstrarea virusului aparţine diferitelor specii de porumbei. Infectarea omului se produce prin introducerea virusului cu ajutorul mîinilor infectate de excrementele păsărilor bolnave, în gură sau prin mucoasele ochiului, cît şi pe calea respiraţiei. Ornitoza se întîlneşte frecvent printre persoanele care lucrează la fermele de păsări, incubatoare, grădini zoologice, magazine zoologice etc. Cazuri izolate de boală s-au remarcat printre oamenii cu păsări de cameră, cei care se ocupă cu creşterea păsărilor de casă şi a porumbeilor, printre vînătorii de păsări. Păsările au două forme de ornitoză, acută şi cronică. În forma acută se observă: refuzul hranei, mişcările diminuate, zbîrlirea penelor şi secreţie oculară şi nazală; frecvent apar scaune diareice cu sînge. De obicei, boala păsărilor durează 8—9 zile şi dă o mortalitate de 30%. Ornitoza la oameni se caracterizează prin: debut acut (după o perioadă de incubaţie de 7—14 zile), curbatură, dureri de cap, insomnie şi temperatură ridicată. Febra se menţine de la cîteva zile la 18—20 de zile. Este caracteristică afectarea plămînilor (pneumonia psittacozică). În *tratamentul* ornitozei s-au obţinut rezultate bune cu antibiotice (aureomicină, teramicină) şi sulfamide. *Profilaxie*: introducerea metodelor de carantină pentru păsările importate. Controlul sanitar-veterinar al fermelor de păsări, al incubatoarelor, măsuri de igienă personală şi de regim sanitar şi muncă de educaţie sanitară în rîndul personalului gospodăriilor afectate.

ortodiagramă, înscriere a conturului inimii şi aortei în poziţie verticală a corpului, cu ajutorul metodei radiologice. În timpul efectuării unei radioscopii, atunci cînd bolnavul se află la o distanţă stabilită de sursa de raze Röntgen (de obicei 2 m), se observă conturul cavităţilor inimii şi al vaselor mari ale ei, care pot fi desenate pe ecranul radiologic şi apoi măsurate. După dimensiunile desenului obţinut se poate aprecia existenţa unor deformări generale sau parţiale ale inimii, corespunzînd diferitelor afecţiuni cardiace.

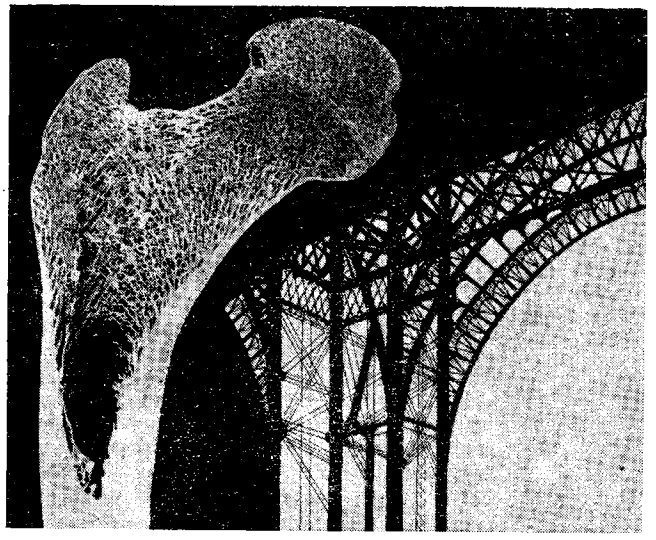
ortostatism, poziţia în picioare a corpului. Trecerea de la poziţia culcată (clinostatism) la ortostatism se însoţeşte de o tendinţă de cădere a sîngelui în partea inferioară a corpului, datorită greutăţii lui, fenomen care însă la oamenii sănătoşi este compensată prin modificări circulatorii. La persoanele slăbite, astenice, reacţiile de compensare ale organismului sînt şterse şi trecerea bruscă din clino- în ortostatism duce în primele momente la

ameţeală, datorită faptului că sîngele nu irigă suficient creierul. Această trecere de la clino- la ortostatism, cu urmărirea valorii tensiunii arteriale şi a frecvenţei pulsului, constituie şi un test de control al reglării activităţii aparatului cardiovascular.



Fragment de os lung (vedere spaţială schematică). *1* — os compact extern; *2* — canale Havers prin care circulă capilarele sanguine; *3* — periost.

os, organ dur, de formă alungită sau plată, care formează împreună cu alte organe similare scheletul corpului (vezi schelet). Există trei tipuri principale de oase: a) *Oase lungi* (de exemplu: humerus, femur), care alcătuiesc scheletul extremităţilor. Prezintă două capete osoase numite *epifize* şi o porţiune intermediară mai mult sau mai puţin cilindrică, numită *diafiză*. În mijlocul diafizei se găseşte *canalul medular*, plin cu măduvă osoasă, care participă la hematopoieză. Epifizele se articulează de obicei cu alte oase, prezentînd în consecinţă suprafeţe articulare acoperite cu cartilaj articulat. În mijloc, epifizele au o serie de compartimente (substanţă spongioasă asemănătoare cu un burete) pline tot cu măduvă osoasă. La unele oase, epifiza are o parte emisferică, care se numeşte *cap*. Între cap şi restul osului se găseşte zona numită *gît* (col) osos. Pe suprafaţa externă a osului se află un înveliş fibros, numit *periost*. Stratul intern al periostului asigură dezvoltarea în grosime a osului şi procesele de reparaţii în caz de fracturi. Creşterea în lungime este asigurată de către *cartilajele de creştere*, situate la locul de unire a epifizelor cu diafiza, aceste cartilaje generînd ţesut osos atît către epifiză, cît şi către diafiză. La sfîrşitul adolescenţei, aceste cartilaje se osifică, astfel încît creşterea în lungime a oaselor încetează, iar dezvoltarea în înălţime a corpului se opreşte. b) *Oase scurte* (de exemplu: oasele pumnului şi piciorului, vertebrele) ce se găsesc în părţile corpului unde este nevoie de mobilitate mai mare, într-o regiune mică. Ele sînt alcătuite dintr-un strat de ţesut compact la exterior, pe care se găsesc suprafeţe articulare acoperite cu cartilaje şi substanţă spongioasă la mijloc, plină cu măduvă osoasă. Periostul ce înveleşte aceste oase asigură dezvoltarea lor. c) *Oase plate* se găsesc în special la cap, unde alcătuiesc cutia craniană. Ele sînt formate dintr-o tăblie externă mai rezistentă şi una internă mai fragilă, între care se găseşte substanţă spongioasă. Oasele sînt alcătuite din punct de vedere chimic dintr-o substanţă organică numită *oseină*, în proporţie de aproximativ 30%. Aceasta este impregnată cu substanţe minerale (săruri de calciu, fosfor şi magneziu) în proporţie de aproximativ 70%. Deşi oseina este moale, prin impregnare ea devine dură. Dezvoltarea oaselor se face prin procesul numit osificare. Există două feluri de osificare: osificarea dintr-un os iniţial membranos (cum se întîmplă la oasele plate ale craniului) şi osificarea în cadrul unui cartilaj ce aminteşte forma viitorului os (osificare cartilaginoasă) ce se întîlneşte de obicei la oasele scurte şi lungi. Osificarea începe din *puncte*, *centre* sau *nuclei* de osificare, în care se formează pentru prima dată ţesut osos, prin acţiunea unor celule numite *osteoplaşti*. Cu timpul osificarea continuă de jur împrejurul



Arhitectonică osoasă.

punctelor de osificare, pînă ce osul este definitiv format. Osificarea are loc pentru diferite oase, la vîrste diferite, fapt care permite ca prin studiul acestui proces de osificare, raportat la vîrsta copilului, să ne dăm seama dacă dezvoltarea lui este normală sau întîrziată. În rahitism, osificarea este întîrziată, copiii avînd oase insuficient formate pentru vîrsta respectivă, fapt care se repercută asupra scheletului prin apariţia unor deformări şi a unei fragilităţi osoase mai mari. În cazul fracturilor, la locul fracturat, fragmentele osoase sînt unite printr-o osificare ce urmează mai multe etape, formîndu-se pînă la urmă o sudură osoasă numită *calus* (vezi fractură). Rolul oaselor în organism este în primul rînd de a forma scheletul de susţinere a corpului şi de a reprezenta puncte de sprijin pentru muşchi. Măduva osoasă mai participă însă şi la hematopoieză. Oasele mai sînt de asemenea şi depozite de calciu ce pot fi uneori utilizate în cazuri în care există în organism o nevoie crescută de calciu în altă parte. Astfel, în cursul sarcinii, dezvoltarea fătului se face prin formarea scheletului său pe seama calciului provenit de la mamă. În cazul în care alimentaţia mamei nu este bogată în calciu, apare o decalcifiere a oaselor mamei, calciul respectiv fiind folosit la clădirea scheletului fetal. De asemenea, în unele boli însoţite de calcifierea unor oase se fac în zona bolnavă grefe cu fragmente de os sănătos luat din altă parte a scheletului. Grefa aduce o cantitate de calciu care este folosită pentru vindecarea regiunii bolnave. Structura şi dezvoltarea osului pot fi urmărite prin radiografii osoase. Pentru studiul hematopoiezei se pot puncţiona unele oase, de exemplu sternul, cu ajutorul unor ace groase speciale pentru a se extrage măduva osoasă care ulterior este studiată la microscop. Dată fiind bogata vascularizaţie a osului, uneori cînd nu există alte posibilităţi, în special la copiii mici, se poate executa o transfuzie sanguină direct în os (vezi transfuzie de sînge). Aşa cum am arătat, dezvoltarea osului traduce şi gradul de dezvoltare a întregului organism.

osteom, tumoare benignă formată din ţesut osos. La membre apare de obicei în urma unui traumatism, a unei tulburări în timpul creşterii sau după osteită. Evoluţia este lentă. Beneficiază de tratament chirurgical.

osteomielită, localizare osoasă, în cursul unei septicemii stafilococice sau stafilo-streptococice (osteomielită acută). Apare mai frecvent la adolescenţi, favorizată de procesele de creştere a osului. Apare brusc, în plină sănătate, cu febră mare, frisoane, stare generală alterată. Curînd apare durerea spre extremitatea unui os, de obicei de la membrele inferioare. Pielea la început este normală, dar apoi devine marmurată, prin dilataţia venelor, apărînd edem şi adenopatie. Se constituie un abces în os, care ajunge la suprafaţa osului, sub periost (abces subperiostal). Diagnosticul este confirmat prin radiografie, care arată totodată şi întinderea leziunilor osoase. *Tratamentul* este medical (antibiotice, sulfamide) şi chirurgical (incizia şi drenajul abcesului). Dacă radiografia arată existenţa unui sechestru osos se va extirpa acest sechestru. După operaţie pot rămîne fistule întreţinute de osteomielita cronică. Se vor face radiografie, extirparea sechestrelor osoase şi chiuretajul cavităţilor pînă la os sănătos. Infecţia poate distruge zona de creştere a osului, osul rămînînd mai scurt; de asemenea, poate cuprinde şi articulaţia, constituindu-se o anchiloză.

osteosarcom, (sarcom osteogenetic), tumoare malignă cu originea în celulele care formează os. Este cea mai frecventă tumoare a oaselor. Se întîlneşte mai ales la bărbaţi, între 15 şi 30 de ani, localizările mai frecvente fiind extremitatea superioară a tibiei, extremitatea inferioară a femurului, extremitatea superioară a humerusului, omoplatul. Clinic, se manifestă prin durere şi apariţia tumorii. Diagnosticul se pune radiologic. *Tratamentul* este chirurgical (rezecţie, amputaţie) şi iradiere cu raze X, rezultatele fiind în funcţie de momentul aplicării tratamentului şi de gradul de malignitate a tumorii.

otită, proces inflamator localizat la urechea externă sau la urechea medie. Distingem: a) otita externă, care se poate prezenta fie sub forma unei inflamaţii a tegumentului conductului auditiv extern (otita externă difuză), fie sub forma unei eczeme acute sau cronice. Una dintre cele mai neplăcute şi frecvente afecţiuni ale acestui segment al urechii este furunculul conductului auditiv extern. Acesta este provocat prin infectarea foliculului pilosebaceu din pielea conductului, de obicei prin rănire datorită proastei deprinderi de a se scărpina în ureche cu diverse obiecte murdare. Se manifestă cu dureri puternice şi adesea cu senzaţie de asurzire. Tratamentul constă în introducerea de meşe cu alcool sau antibiotice în conduct, la nevoie incizie, aplicare de raze Röntgen sau ultrascurte; b) otită medie, inflamaţia acută sau cronică a urechii medii (casa timpanului). Inflamaţia poate fi supurativă (otita medie supurată) sau nesupurativă (otita medie catarală, catarul ototubar). Otita medie supurată acută sau abcesul casei timpanului este provocată de pătrunderea unor microbi sau virusuri în căsuţa timpanului, de obicei prin trompa Eustachio. Deci, rinitele, faringitele, sinuzitele, vegetaţiile, pot provoca otită. În unele boli infectocontagioase, microbii pot fi aduşi prin circulaţia sanguină. Prin conductul auditiv extern, otita medie poate lua naştere numai dacă timpanul este perforat. Otita medie începe cu durere (otalgie), cu senzaţie de svîcnituri, scăderea auzului, febră, frisoane, stare generală proastă. După 1—3 zile, timpanul se perforează şi se scurge puroiul. O dată cu aceasta, durerea scade sau dispare. În cazurile cu

evoluție bună, scurgerea încetează după 10—14 zile, auzul revine la normal, iar perforația timpanului, dacă nu a fost prea mare, se cicatrizează. Dacă microbii sînt virulenți sau dacă s-a neglijat tratamentul pot apărea complicații: meningite, encefalite, abcese cerebrale, labirintite sau cronicizarea otitei. Există forme de otită medie cu simptome și evoluții aparte în funcție de boala infecțioasă care a determinat-o (otita scarlatinoasă, difterică, gripală, tuberculoasă). La sugari, otita este destul de frecventă și gravă prin complicațiile pe care le poate da. Sugarul cu otită este agitat, țipă, plînge, își freacă capul de pernă, nu are poftă de supt, face febră, are scaune diareice, varsă, scade repede în greutate. Sugarul prezintă deci o stare gravă a întregului organism care poate masca otita. Otita la sugar constituind o urgență, la apariția semnelor de mai sus trebuie chemat îndată medicul. Tratamentul otitei medii acute supurate este în funcție de faza în care se găsește boala. Înainte de apariția scurgerii purulente se face un tratament local cu glicerină fenicată, aplicații de căldură uscată și obligatoriu dezinfecția nasului, iar ca tratament general, antibiotice și calmante ale durerii. După apariția scurgerii puroiului se aplică același tratament general, dar în ureche nu se mai introduc medicamente, ci se fac băi auriculare cu apă oxigenată, după care se usucă cu vată sterilă. Otita medie trebuie urmărită îndeaproape de medicul specialist pentru conducerea tratamentului și pentru a face la nevoie *paracenteza* (puncția timpanului). Este o intervenție care nu lasă urme, timpanul cicatrizîndu-se ulterior. Dacă după vindecarea otitei auzul nu revine la normal se fac *insuflații tubare* constînd în introducerea aerului sub presiune prin nas, care trece prin trompa Eustachio, cu scopul de a distruge aderențele care se constituie în trompă și urechea medie. *Otita medie supurată cronică* constă în persistența supurației auriculare după trecerea fazei acute, întreținută de existența vegetațiilor adenoide, sinuzitelor cronice etc. sau de existența unor carii osoase în urechea medie sau mastoidă. Există două forme: mezotimpanita sau otoreea tubară, formă mai ușoară, dar care poate duce la scăderea auzului, și epitimpanita, formă cu leziuni mai profunde, gravă prin complicațiile pe care le poate da. De obicei, singurele manifestări ale bolii sînt scurgerea de puroi, adesea rău mirositor și uneori amestecat cu sînge, și scăderea progresivă a auzului. Cînd apar febră, cefalee, amețeli, înseamnă că a apărut o complicație (aceleași ca la otita acută). *Tratamentul* otitelor medii supurate cronice trebuie început cu cel medicamentos local, concomitent cu rezolvarea infecțiilor care întrețin supurația (vegetații, sinuzite, amigdalite cronice etc.). După curățirea urechii de secreții se introduc diferite substanțe cu scopul de a micșora secreția și de a-i modifica mirosul, pulberi de antibiotice, în ședințe repetate mai mult timp. Tratamentul chirurgical se face în cazurile cu complicații, în colesteatom și atunci cînd tratamentul medicamentos local nu a dat rezultat. Operația se numește *evidare petromastoidiană*, care poate fi parțială sau totală.

otoscleroză (otospongioză), afecțiune a capsulei osoase labirintice caracterizată printr-o surditate cronică, progresivă, care atinge ambele urechi. O cauză, necunoscută pînă în prezent, provoacă un proces de osificare anormală în peretele osos al labirintului (capsula), determinînd și o anchilozare a scăriței în fereastra ovală. Această anchiloză împiedică mișcările lanțului de osicioare și, implicit, transmiterea undei sonore spre urechea internă. Se întîlnește mai frecvent la sexul feminin (proporție de 5 femei la un bărbat). Se agravează cu ocazia menstrelor, în timpul graviditații, alăptării și atinge maximum la menopauză. Surditatea progresivă, însoțită de zgomote auriculare (acufene) foarte supărătoare, începe de la o vîrstă tînără, afectînd la început o ureche, dar de obicei atinge și cealaltă ureche, una dintre ele fiind mai surdă. Bolnavii percep mai greu tonurile joase, de aceea vor relata că nu pot merge la teatru, dar pot asculta concerte. De asemenea, ei aud mai bine în mediul unde există un zgomot de fond decît în liniște. Surditatea și zgomotele foarte supărătoare influențează psihicul bolnavilor; aceștia devin închiși, morocănoși, irascibili. Pentru diagnosticarea afecțiunii și deosebirea ei de alte tipuri de surdități este necesar un examen de specialitate. Tratamentele medicamentoase și cu agenți fizici nu dau totdeauna rezultate satisfăcătoare. Pentru cazurile care nu sînt prea avansate, se practică în prezent operații pe scăriță, care au ca scop restabilirea mișcărilor lanțului de osicioare din urechea mijlocie. Pentru cazurile mai avansate sau care au avut un eșec operator se recomandă purtarea aparatelor (protezelor) auditive.

ou uman, nume dat formațiunii provenită din ovulul fecundat ce se fixează în cavitatea uterină și începe să se dezvolte. După 4 săptămîni are mărimea unui ou de porumbel. La exterior este înconjurat de vilozitățile coriale prin intermediul cărora se hrănește, iar în interior conține embrionul. După 6—8 săptămîni, embrionul capătă aspect omenesc, avînd cap, trunchi și membre, iar către sfîrșitul lunii a III-a, apare vizibil sexul. După luna a III-a, embrionul se numește făt. În luna a IV-a se formează complet placenta, care este legată de făt prin cordonul ombilical. Fătul se dezvoltă treptat, astfel că la termen ajunge să aibă 50 cm lungime și 3 000—3 500 g greutate.

oxigenoterapie, administrarea oxigenului în scop de tratament. Este indicată în stările cu insuficiență respiratorie: edem pulmonar, atelectazie, pneumotorax spontan, bronhopneumonie, intoxicații cu gaze sufocante. Oxigenul se administrează de regulă prin inhalație; atunci însă

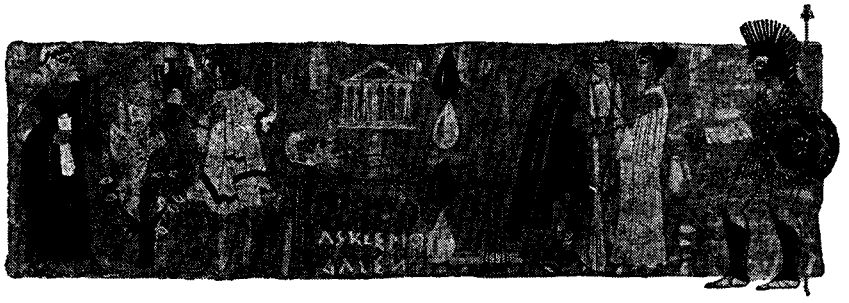
cînd există un obstacol pe căile respiratorii superioare care nu poate fi îndepărtat imediat, oxigenul se introduce şi sub formă de injecţie, pe cale subcutanată sau intravenos. Tehnica obişnuită de oxigenoterapie foloseşte o sondă subţire de cauciuc (Nélaton), introdusă prin nas. După ce a fost fixată cu leucoplast de nara bolnavului, această sondă este racordată la sursa de oxigen. Uneori este necesară *masca de oxigen*, care, printr-un sistem de ventile, asigură aerului expirat o altă cale decît pentru cel inspirat. Are inconvenientul că apasă asupra nasului, din care cauză se suportă greu. Cel mai de preferat este cortul de oxigen în interiorul căruia bolnavul poate inspira şi expira liber.

oxihemoglobină, combinaţie a hemoglobinei din globulul roşu cu oxigenul, care se efectuează la nivelul plămînilor. Sub această formă, oxigenul este transportat pînă la nivelul ţesuturilor, unde este cedat lor, pentru efectuarea proceselor biochimice, necesare menţinerii vieţii. Oxihemoglobina dă o culoare roşie-aprins sîngelui, care în acest caz se numeşte sînge oxigenat, spre deosebire de sîngele neoxigenat, care are o culoare mai închisă. Acest lucru are şi o importanţă practică, deoarece în unele boli se poate determina cantitatea de oxigen legată de hemoglobină prin aplicarea unui aparat la lobul urechii (oximetru), care măsoară intensitatea culorii roşii dată de oxihemoglobină.

oxiurază, boală helmintică provocată de *oxiuri*, care trăiesc în intestinul omului. Femelele ies afară prin anus şi, după ce depun un număr mare de ouă pe piele, pier. Acest fenomen se însoţeşte de o senzaţie de mîncărime în regiunea anusului, ceea ce împiedică somnul bolnavului, îl face agitat. La fete şi femei, oxiurii pătrunzînd în organele genitale provoacă apariţia leucoreei. Pătrunzînd în apendice, oxiurii pot favoriza apariţia apendicitei. Mîncărimea atrage după sine gratajul, care determină autocontaminarea; aderînd de pielea degetelor, pătrunzînd sub unghii, ouăle oxiurilor trec de pe mîini pe alimente sau pătrund în gură în cazul obiceiului de a suge degetele sau de a roade unghiile, apoi ajung în intestin. De pe pielea bolnavului, ouăle ajung pe rufele de pat şi obiectele înconjurătoare, fiind împrăştiate împreună cu praful. Omul poate să se îmbolnăvească de oxiurază la atingerea obiectelor contaminate sau inhalînd praful care conţine ouă de oxiuri. *Tratament*: se recomandă administrarea, seara, a clismelor, din 5—6 pahare apă cu bicarbonat de sodiu (1/2 linguriţă bicarbonat la un pahar apă), timp de 10 zile la rînd, apoi 5—6 clisme din 2 în 2 zile. Regiunea anală se unge cu vaselină, seara se îmbracă un chilot strîns pe corp, care în fiecare dimineaţă trebuie fiert sau călcat cu un fier fierbinte. În cazul cînd numărul de oxiuri este foarte mare, se aplică tratamentul medicamentos prescris de medic. Respectarea unui regim igienic riguros este necesară şi la tratamentul medicamentos. Trebuie să fie trataţi simultan toţi copiii şi adulţii care fac parte dintr-o familie, pentru a evita contaminarea de la una din persoanele care nu a fost supusă tratamentului. *Profilaxie*: respectarea curăţeniei corporale, dormitul în paturi separate, schimbarea frecventă a rufelor de pat, dereticarea umedă a locuinţei.

ozenă, afecţiune cronică a nasului, caracterizată prin 3 elemente: atrofia (subţierea) mucoasei şi cornetelor nazale, secreţii purulente care formează cruste şi prezenţa unui miros foarte urît, respingător, perceput mai ales de persoanele din jur, pentru că de obicei simţul olfactiv al bolnavului este diminuat sau dispărut. Boala se găseşte mai mult la sexul feminin. Apare de obicei la vîrsta pubertăţii. Pînă în prezent nu se cunoaşte precis cauza, de aceea nici tratamentul nu este pe deplin eficace. Se utilizează badijonări cu soluţii iodo-glicerinate, spălături cu soluţii cloruro-sodice (sare), aerosoli cu antibiotice, inhalare de aer ionizat, medicamente stimulatoare ale secreţiei glandelor din nas etc. Mai eficace este tratamentul chirurgical (aşa-numitele operaţii de recalibrare a foselor nazale).

ozocherită, substanţă minerală de origine petrolieră; ceară de culoare neagră, solubilă în benzină, terebentină, gaz. Fiind încălzită, datorită înaltei capacităţi calorice şi a conductibilităţii termice joase, menţine mult timp căldura. Aplicaţiile cu ozocherită au o acţiune analgezică, de resorbţie, îmbunătăţesc circulaţia sanguină şi nutriţia tisulară.



Paget (boala), afecţiune a oaselor, de cauză necunoscută, caracterizată prin dureri, deformaţii osoase şi fracturi spontane ale acestora. Radiografia scheletului permite diagnosticul acestei boli.

Panaceea, fiică a lui Asclepios, onorată ca zeiţă a vindecării celor mai diferite boli. I se consacrase un vestit altar la Oropos, în Grecia.

panariţiu, infecţie localizată la degete. Poate fi superficial (subepidermic), subcutanat, al tecilor tendinoase, osos şi articular. Agenţii patogeni mai frecvent întîlniţi sînt stafilococul şi streptococul, poarta de intrare fiind o leziune cutanată, uneori minimă (înţepătură, tăietură, rosătură). Clinic, se caracterizează prin durere, hiperemia pielii, edem, deformarea degetului, senzaţie de tensiune în deget; mai tîrziu, pielea în dreptul abcesului devine mai albă. *Tratamentul* constă la început din aplicaţii reci, antibiotice, apoi incizie şi drenaj. Prelungirea infecţiei arată de obicei existenţa unei complicaţii osoase (osteită) sau articulare (artrită).

pandemie, epidemie răspîndită pe un continent întreg sau mai multe continente, sau pe tot globul. De exemplu, gripa din 1917 şi aceea din 1957 au avut caracter de pandemie.

panglică — vezi teniază.

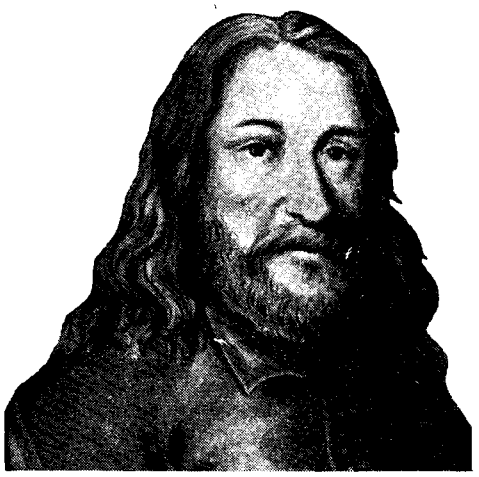
pansament gastric, protector medicamentos al mucoasei gastrice inflamate sau ulcerate (gastrită, ulcer gastroduodenal), care formează o peliculă de gel între acesta şi alimentele sau aciditatea crescută din secreţia gastrică, permiţînd un repaus al mucoasei, necesar procesului de vindecare. Substanţele folosite cu efect bun sînt hidroxidul de aluminiu (Calmogastrin CIF), silicatul de aluminiu şi carbonatul de bismut (Gastrosedol CIF) sau subnitratul de bismut din unele reţete care se prepară la farmacie. Fiind în mod obişnuit administrată împreună cu alcalinele, neutralizează activitatea gastrică crescută, favorizează evacuarea gastrică şi calmează durerile din gastrite sau duodenite, cît şi din alcoolismul cronic. Administrarea pansamentelor gastrice se face în gastrită cu o oră înainte sau după mesele principale, în ulcerul gastric, cu o jumătate pînă la o oră, iar în cel duodenal, cu 2—3 ore, după mesele principale, în funcţie de orarul de apariţie a durerilor. Pansamentele gastrice fac parte din tratamentul simptomatic, combătînd numai durerea, hiperaciditatea şi protejînd mucoasa inflamată, dar trebuie completate cu tratamentul bolii de bază, pentru a obţine o vindecare definitivă.

Pantelimon (Spitalul), una din cele mai vechi instituţii de asistenţă medicală din Bucureşti. Hrisovul de înfiinţare a aşezămîntului datează din 1735, construcţia primei clădiri fiind termibată în 1750. La acea epocă, spitalul era folosit mai ales pentru izolarea bolnavilor contagioşi. În 1869, localul a fost complet refăcut. Acum un secol, în incinta spitalului a funcţionat şi un orfelinat. Între 1879 şi 1919, Secţia de neurologie de la Spitalul „Pantelimon" a fost condusă de marele savant Gh. Marinescu. Actualmente, spitalul este afectat bolnavilor de tuberculoză.

Pápai-Páriz Ferencz (1649 — 1716), medic maghiar din Transilvania. A publicat în 1690 cartea de popularizare a cunoştinţelor medicale „Pax corporis", în limba maghiară, carte pe care, aşa cum arăta în prefaţă, a scris-o „pentru gospodari, pentru gospodine şi oamenii săraci, care n-au oricînd la îndemînă un medic priceput, îndeosebi la sate, unde mai lesne se dă îngrijire unui animal decît omului bolnav".

papataci (febră) boală acută infecţioasă şi contagioasă, benignă, manifestată prin febră timp de 3 zile, durere de cap, oboseală, dureri musculare. Este produsă de un virus. Este transmisă de la om la om numai prin intermediul unei insecte vectoare numită *Phlebotomus pappatasi.* Virusul se dezvoltă în corpul insectei, care devine infectantă după 10 zile de la înţeparea bolnavului. Sursa de infecţie este omul bolnav. Incubaţia durează 3—4 zile. Debutul bolii este brusc. Febra ţine 3 zile, însoţită de dureri musculare, durere de cap,

oboseală foarte accentuată. Oboseala persistă mult timp în convalescență. Boala este benignă, vindecarea se produce totdeauna. Profilaxia se face prin distrugerea insectei vectoare cu insecticide remanente de tip DDT, care se pulverizează.



Páriz-Pápai Ferencz

papulă, ridicătură la suprafața pielii produsă în cele mai multe cazuri de dilatația vaselor sau de pătrunderea printre celulele normale ale pielii fie a unui lichid (ca în papula urticariană), fie a unor celule care realizează un infiltrat (papula din lichen plan). Papula este o leziune care, după vindecare, nu lasă cicatrice, pielea reluîndu-și aspectul normal.

Theophrastus Bombastus von Hohenheim Paracelsus

Paracelsus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541), medic, naturalist, chimist și filozof născut în Elveția. A studiat medicina la facultățile din Germania, Franța și Italia, și a călătorit de-a lungul întregii Europe, pînă la tătari și către Imperiul Otoman, cu care prilej se pare că a străbătut și Țările Romîne. Unele legende săsești vorbesc, de altminteri, despre trecerea vestitului medic prin Transilvania. A fost chemat să țină cursuri la Universitatea din Basel, dar ideile sale științifice revoluționare, expuse nu în latinește, singura limbă vrednică de un savant, ci în germană, limba chirurgilor-bărbieri, nu au întîrziat să coalizeze împotriva lui întreg corpul profesoral, care a obținut pînă la urmă alungarea lui de la catedră și chiar din oraș. A început pentru Paracelsus un nou șir de peregrinări, care i-au îmbogățit experiența științifică și medicală. Savantul considera, de altfel, că numai observația directă trebuie să stea la temelia științei. De aceea, el condamna în termeni violenți deprinderea, înrădăcinată la acea epocă, de a limita cunoștințele medicale la conținutul scrierilor lui Galen și Avicenna. Paracelsus stăruia asupra faptului că experiența dobîndită la patul bolnavului este cea care trebuie să-l călăuzească pe medic. El recomanda utilizarea largă a medicației chimice, îndeosebi a preparatelor metalice, ca de pildă mercurul, la tratarea sifilisului. A studiat medicina populară și s-a interesat de folosirea apelor minerale. A descris unele boli profesionale ale minerilor. Din păcate, în operele lui Paracelsus străbat deseori ecouri ale concepțiilor idealiste și mistice, precum și ale animismului și astrologismului. În timpul războaielor țărănești care au zguduit Germania, el a luat poziție în favoarea țărănimii.

paracenteză; 1) traversarea peretelui abdominal și pătrunderea în cavitatea abdominală cu ajutorul unui trocar, în vederea evacuării unei colecții libere de lichid. Paracenteza poate fi efectuată în scop de diagnostic (puncție exploratoare a abdomenului) sau de tratament (vezi ascită). Lichidul recoltat este trimis laboratorului pentru diferite dozări: determinarea cantității de albumină pentru a stabili dacă este vorba de un exsudat sau transsudat, căutarea diverselor celule etc. 2) perforarea cu o lanțetă specială a timpanului, în scopul golirii de puroi a urechii mijlocii.

parafimoză, complicație a unei fimoze la care inelul prepuțial permite cu oarecare greutate decalotarea glandului, dar după decalotare, inelul prepuțial inextensibil îl strangulează la bază, glandul ne mai putîndu-se calota. Inelul strangulînd penisul, glandul se congestionează, mucoasa prepuțială se edematiază și apar leziuni de gangrenă ale glandului. De aceea, parafimoza este o urgență chirurgicală și reducerea ei trebuie făcută imediat, pentru a preveni gangrena penisului. Cînd parafimoza este constituită de cîteva ore, se poate reduce prin

diferite manevre; mai tîrziu este necesară intervenţia *chirurgicală*, care constă în incizia transversală a inelului fibros prepuţial.

parafrenie, boală psihică gravă avînd caracteristici ce ţin de paranoia (vezi paranoia), dar şi de schizofrenie (vezi schizofrenie), cu alte cuvinte la aceşti bolnavi vom observa, pe de o parte, diferite idei delirante sistematizate, dar şi un oarecare grad de degradare psihică, caracterizată printr-o gîndire incoerentă, care păstrează totuşi un anumit grad de logică. Boala începe de obicei la vîrsta adultă, prin unele fenomene nevrotice obişnuite: oboseală psihică, cefalee, palpitaţii. Bolnavul încearcă să-şi explice aceste tulburări ajungînd la concluzii false, dezvoltînd astfel diferite deliruri (de persecuţie, de urmărire) şi halucinaţii, mai ales auditive, dar şi vizuale. Boala, deşi gravă, nu duce la demenţă ca schizofrenia şi are un caracter oarecum staţionar. Tulburările pot diminua o dată cu vîrsta. *Tratamentul* se compune mai ales din sedative, hipnotice, folosindu-se în special şi ergoterapia (tratament prin muncă, cu ajutorul căreia bolnavul poate fi sustras ideilor sale delirante şi halucinaţiilor), toate acestea putînd duce la o ameliorare a tulburărilor psihice.

paralizie, pierdere totală a mişcării în teritoriul unui muşchi sau segment de corp. Paralizia o găsim în inflamaţia sau leziunea unui nerv periferic prin afectarea celulei motorii nervoase din coarnele anterioare ale măduvei spinării, a axonului său sau a prelungirii acestei celule care iese din măduvă, şi în inflamaţia sau lezarea fasciculului piramidal (care conduce impulsul nervos pentru mişcarea voluntară comandată de scoarţa cerebrală (aria 4) şi merge pînă la celula motorie din coarnele anterioare ale măduvei spinării. Cauzele care pot produce paralizii sînt multiple: infecţii, ruperi de vase sanguine sau astuparea de vase sanguine în sistemul nervos, tumori, loviturі cu distrugeri de substanţă nervoasă. După întinderea paraliziei deosebim: monoplegie (paralizia unui membru), hemiplegie (paralizia unei jumătăţi de corp), paraplegie (paralizia fie a membrelor superioare, fie a membrelor inferioare), tetraplegie (paralizia tuturor membrelor). Există însă şi paralizii la care nu găsim nici un fenomen de lezare, nici a celulelor motorii medulare, nici a fasciculului piramidal. Aceste paralizii le numim funcţionale sau isterice şi se vindecă cu uşurinţă prin sugestie.

paralizie infantilă — vezi poliomielită.

parametrită, inflamaţia ţesutului celular pelvian situat în jurul uterului. Cauzele parametritei sînt infecţiile plecate de la nivelul perineului, vulvei, vaginului sau uterului, propagarea infecţiei făcîndu-se pe cale limfatică. Boala evoluează sub două forme: *acută*, manifestată prin dureri în regiunea pelviană ce iradiază spre coapse, lombe şi perineu, însoţită de febră ridicată, puls frecvent, şi *cronică*, manifestată prin dureri la oboseală, menstruaţie, constipaţie şi mai ales la raporturi sexuale. Examenul genital este, de asemenea dureros. *Tratamentul* în formele acute constă în repaus la pat, antibiotice, calmante, iar în formele cronice, balneo- şi fizioterapie cît şi infiltraţii cu novocaină.

paranoia, boală psihică gravă în care bolnavul îşi creează o personalitate proprie nereală pe care o justifică cu o aparenţă logică. Boala începe de obicei la vîrsta adultă, printr-o stare de indispoziţie, de depresiune psihică care îl face suspicios, apoi ajunge la concluzii false şi treptat dezvoltă un anumit delir, o idee exagerată, absurdă sau falsă, cu aspect aparent logic („delir sistematizat"). Uneori, boala apare după o supărare, după o activitate psihică mai intensă, după boli care slăbesc fizic şi psihic bolnavul. Formele mai obişnuite de delir ale acestor bolnavi pot fi: a) *delirul de persecuţie* (bolnavul are convingerea că este persecutat, că se unelteşte împotriva sa şi orice gest, orice vorbă o interpretează ca o confirmare a acestui fapt, bolnavul se crede inventator, sau o personalitate importantă); b) *delirul de grandoare*, de mărire, poate fi o concluzie falsă a bolnavului pe fondul ideii de persecuţie sau să apară chiar de la început; c) *delirul de gelozie, delirul mistic* (se socotesc chemaţi de forţe divine să izbăvească lumea). Paranoicul nu păstrează ideile delirante pentru sine, ci caută să convingă pe cei din jur de realitatea lor. De exemplu, dacă prezintă idei de persecuţie, poate da în judecată pe cei pe care îi bănuieşte că îl persecută sau complotesc împotriva sa. *Tratamentul* poate da rezultate mai bune în perioada de început, de formare a delirului, şi constă în încercarea de a convinge bolnavii de lipsa de realitate a ideilor lor. Cînd ideile delirante s-au stabilit, s-au sistematizat, cel mai bun tratament este scoaterea bolnavului din mediul său de viaţă, administrarea de medicamente care liniştesc bolnavul (sedative), o activitate fizică plăcută care să sustragă pe bolnav ideilor sale delirante.

paratifoide (febre), boli acute infecţioase şi contagioase foarte asemănătoare cu febra tifoidă produse de microbi înrudiţi cu bacilul tific. Astfel, febra paratifoidă A este produsă de bacilul paratific A, febra paratifoidă B este produsă de bacilul paratific B, iar febra paratifoidă C, de paratificul C. Aceşti microbi fac parte din acelaşi grup al salmonelelor ca şi bacilul tific. Simptomele, evoluţia, complicaţiile tratamentul, măsurile de igienă şi antiepidemice sînt aceleaşi ca şi la febra tifoidă.

Paré Ambroise (1510—1590), medic francez, considerat a fi părintele chirurgiei moderne. Iniţierea medicală nu a dobîndit-o la vreo facultate, ci ca ucenic de bărbier-chirurg. A lucrat apoi ca infirmier în spitale şi, mai cu seamă, a practicat chirurgia de război în cursul a numeroase campanii militare la care a luat parte. Era nu numai un operator îndemînatec şi îndrăzneţ, dar şi un fin observator, înzestrat

cu mult spirit critic şi simţ al noului. La acea epocă se considera că rănile produse de armele de foc sînt otrăvite, drept care erau fie arse cu fierul roşu, fie înmuiate în ulei încins. Paré a renunţat la aceste manopere mutilante, aplicînd pe asemenea răni simple pansamente

Ambroise Paré.

cu albuş de ou şi terebentină. La fel, hemostaza vaselor sanguine ale membrelor amputate, el a realizat-o prin ligaturare, ca şi astăzi, iar nu prin cauterizare, cum se obişnuia pînă atunci. Marele chirurg a reformat practica ortopedică, imaginînd noi manevre pentru reducerea luxaţiilor şi aparate de protezare. Şi în domeniul obstetricii el a adus însemnate. Pline de interes sînt, de asemenea lucrările sale de anatomie şi de embriologie. Universitatea din Paris a refuzat multă vreme să-i acorde titlul de doctor în medicină, invocînd pretextul că vestitul chirurg nu urmase cursuri savante şi nici măcar nu ştia latineşte. Numeroasele lui opere ştiinţifice au fost într-adevăr elaborate şi publicate în limba franceză, fapt care nu putea decît să-i nemulţumească pe cei care afirmau că scrierile ştiinţifice nu trebuie să fie accesibile chirurgilor-bărbieri. Paré a fost una din cele mai strălucite figuri medicale ale Renaşterii.

parestezie, senzaţie de amorţeală, furnicătură, înţepătură, arsură sau de rece, în teritoriul unui nerv periferic sau într-un anumit segment de corp. Este o senzaţie care apare spontan sau după atingerea zonei respective cu orice fel de excitant (deci senzaţia nu corespunde cu felul excitantului): atingerea cu un corp cald sau rece poate da senzaţia de durere sau înţepătură, înţeparea cu un ac poate da senzaţia de arsură. Cauza ei ţine de lezarea sau inflamarea fie a unui nerv, fie a căilor de transmitere a sensibilităţii la scoarţa cerebrală (din măduvă, trunchiul cerebral, emisferele cerebrale).

pareză, deficit motor parţial avînd aceeaşi cauză şi localizare ca şi paralizia (vezi paralizie).

Parkinson (boala), după numele lui J. Parkinson, care a descris-o prima dată în 1817, se caracterizează printr-o rigiditate musculară generalizată, însoţită uneori de tremurături caracteristice mai ales la mîini şi picioare (bolnavul parcă numără bani sau face pilule, iar la picioare parcă pedalează pe bicicletă). Cauza bolii nu este cunoscută. Deoarece apare la o vîrstă mai înaintată (între 45 şi 60 de ani) se crede că ar fi datorită unor procese degenerative. Leziunile principale se găsesc în emisferele cerebrale, în nucleul lenticular (porţiunea denumită *globus pallidus*) şi în pedunculul cerebral (zona denumită substanţa neagră). Aceste formaţiuni ţin de sistemul extrapiramidal (din creier), cu rol în păstrarea tonusului muscular şi a controlului mişcărilor involuntare. Aspectul bolnavului este caracteristic: faţa ştearsă, inexpresivă, mersul rigid, cu paşii mici, cu corpul aplecat înainte şi cu lipsa mişcărilor normale ale mîinilor în timpul mersului. Mişcările involuntare pe care bolnavul le poate prezenta se accentuează la emoţii şi dispar în somn. Boala începe treptat, la început la o mînă, apoi la membrele de aceeaşi parte, apoi şi de partea cealaltă. Progresiv, în circa 10—20 de ani, rigiditatea se accentuează, tremurăturile se generalizează şi bolnavul nu se mai poate ridica din pat. Nu trebuie confundată boala Parkinson cu alte boli care dau tulburări asemănătoare (de exemplu, parkinsonismul postencefalitic, vezi neuroinfecţii). *Tratamentul* bolii Parkinson se adresează simptomelor, deoarece cauza nu se cunoaşte pînă în prezent. Se administrează Parkinsan, Atropină, Scopolamină, toate după prescripţia medicului neurolog. În anumite cazuri, prin intervenţii chirurgicale se pot obţine ameliorări.

parodontoză, boală a gingiilor şi a osului alveolar ca şi pioreea alveolară (vezi pioree alveolară), dar pe cînd în acea formă se observă pungi gingivale cu puroi iar dinţii sînt de cele mai multe ori mobili, în parodontoză — formă uscată a parodontopatiilor — nu se scurge puroi, dinţii nu sînt mobili totdeauna, nu se observă pungi gingivale. Caracteristică este retracţia gingiilor. Dinţii se dezgolesc de învelişul gingival, devin sensibili din cauza descoperirii rădăcinii, cimentul dentar de pe rădăcină fiind mult mai sensibil la rece, cald, dulce, de cît este smaltul care acoperă coroana dintelui. Această sensibilitate a dinţilor se tratează prin badijonări cu diverse medicamente (acid tricloracetic, nitrat de argint etc.). Retracţia gingiilor fiind foarte răspîndită mai

ales la cei tineri, se recomandă consultarea specialistului pentru a afla cauza acestei retracții și eventual a o putea trata. Sînt o serie de forme de parodontoză a căror cauză nu poate fi descoperită și deci tratamentul trebuie urmat cu multă răbdare. Atît timp cît nu se produce mobilitatea dinților, boala poate evolua mult, fără pericolul pierderii dinților.

parotidită epidemică (oreion, infecție urliană), boală infecto-contagioasă acută caracterizată prin: tumefacția inflamatoare (de obicei bilaterală) a glandelor parotide. Agentul patogen al oreionului este un virus filtrant. Transmiterea este aerogenă. Virusul oreionului este sensibil la căldură și își pierde virulența la 50° după 20 de minute; în soluție de fenol și eter, mult mai repede. Piere repede în afara organismului, motiv pentru care nu se transmite în mod obișnuit prin intermediul persoanelor, prin haine ci numai prin diferite obiecte stropite cu saliva bolnavului și în timp foarte scurt de la contaminare și mai ales dacă contactul s-a făcut în primele 3 zile de boală. Virusul se găsește în salivă, secreția nazală și lichidul cefalorahidian. Toți bolnavii elimină virusul între a 11-a și a 15-a zi de la contactul infecțios și pînă în a 4-a zi de boală. Incubația durează între 3 și 30 de zile, fiind de obicei asimptomatică. *Invazia* durează 12—36 de ore, cu indispoziție generală, dureri de cap, ridicarea temperaturii (38—39°); uneori hemoragii nazale. În cazuri grave, vărsături și convulsii. *Perioada de stare* durează 2—3 zile de la debut se constată umflarea glandei parotide, la început într-o parte, iar peste 1—2 zile și de cealaltă parte; fața bolnavului capătă un aspect caracteristic. Uneori infecția virotică cuprinde și alte glande salivare, submaxilarele și sublingualele. Simptomul caracteristic: durerile din timpul mestecării și deschiderii gurii și la apăsarea în dosul lobului urechii. Boala ține 8—10 zile. În caz de complicații se poate prelungi. Mucoasa bucală prezintă unele modificări: tumefierea orificiului canalului Stenon (prin care glanda parotidă își varsă conținutul în gură), enantem și anghină eritematoasă. Secreția salivară este modificată, pulsul și tensiunea arterială scad. Infecția urliană poate avea și localizări extraparotidiene dînd orhită, ovarită, pancreatită, suprarenalită, tiroidită, meningită și encefalită urliană. Oreionul poate da complicații: oculare, otice, renale, reumatice, cardiovasculare, respiratorii. *Tratamentul* se aplică sub observația și indicațiile medicului: repaus la pat, hrană lichidă și semilichidă în perioada febrilă, vitamine, gargară cu soluție de mușețel. În caz de complicații, bolnavul este izolat în spital. La sfîrșitul bolii, dezinfecție obișnuită (camera aerisită, curățenia mobilei). Copilul bolnav nu este admis în colectivitate timp de 21 de zile din ziua îmbolnăvirii. *Imunitatea* este durabilă. Contacților li se interzice frecventarea colectivităților între a 18-a și a 25-a zi de la data contactului. Anunțarea bolii este obligatorie.

Pas, medicament eficient în terapia antituberculoasă, care își datorează acțiunea bacteriostatică asupra bacilului Koch uman acidului paraaminosalicilic și acțiunea antitermică și de uscare a secrețiilor patologice din căile aeriene pulmonare. Prezintă avantajul că are efect și asupra bacililor care în urma unui tratament prelungit și irațional cu streptomicină și-au creat variante streptomicinorezistente, cît și acela că are o mare difuzibilitate în țesuturi și în lichidul cefalorahidian. Nu cumulează în organism (tratamentul tuberculozei necesitînd doze mari de PAS după perioade îndelungate), avînd o bună eliminare renală, mai ales sarea sa de sodiu. Asocierea lui cu HIN și streptomicină întîrzie instalarea rezistenței microbiene, fiind indicat în tuberculoza pulmonară, intestinală, renală, laringiană, meningită tuberculoasă, sub formă de comprimate (luate după mese) sau în perfuzii. Se va evita asocierea cu sulfamide. Dozele superioare de tratament se vor stabili de medic, care va supraveghea bolnavul tot timpul administrării preparatului, deoarece pot apărea tulburări, ca: vărsături sau diaree, fotofobie, dureri musculare, erupții cutanate, uneori frisoane cu apariția de sînge și albumină în urină, fenomene care pot fi ușor remediate, sau cedează la întreruperea administrării. Controlul medical, cel radiografic și cel de laborator sînt indicate după fiecare etapă a tratamentului, dozele ulterioare stabilindu-se în funcție de stadiul bolii.

Pasteur Louis (1820—1895), chimist, biolog și imunolog francez. La descoperirile prin care a deschis o eră nouă în medicină l-au condus cercetările pe care începuse să le întreprindă în domeniul chimiei fermentațiilor. După ce s-a ocupat de problemele structurii moleculare studiate cu ajutorul cristalografiei, Pasteur a abordat problema substratului fenomenelor fermentative, demonstrînd că fermentațiile lactică, alcoolică, acetică etc. nu reprezintă procese chimice pure, cum se credea pînă atunci îndeobște, ci se datoresc intervenției unor microorganisme ce plutesc în atmosferă. Astfel, el a elaborat metodele de cultivare a germenilor microscopici și a indicat mijloacele prin care se poate împiedica infestarea mediilor de cultură de către acești germeni. Pasteur a dovedit că, în condiții obișnuite, „generația spontană", adică nașterea materiei vii din materia fără viață, este cu neputință. Extinzînd cercetările sale asupra fermentațiilor, a pus în evidență natura infecțioasă a unor boli ale vinului și ale viermilor de mătase, propunînd totodată remediile corespunzătoare. La fel de concludente și fructuoase au fost investigațiile sale asupra holerei găinilor și a dalacului oilor. El și colaboratorii săi au preconizat, de pildă, metode de profilaxie sanitară și de vaccinare a oilor în vederea prevenirii infecției cărbunoase. În-

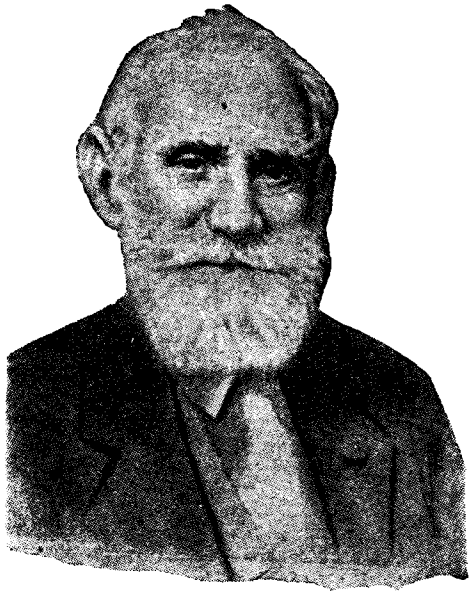
cununarea operei lui Pasteur a fost descoperirea vaccinării antirabice, aplicată pentru prima dată la om în 1885, vaccinare care a înlăturat teroarea pericolului turbării. Cercetările lui Pasteur au inaugurat era bacteriologică în

Louis Pasteur

medicină. Cunoaşterea exactă a cauzei bolilor infecţioase a permis elaborarea unor metode de prevenire şi tratament tot mai numeroase şi mai eficace.

pata galbenă, *pata oarbă* — vezi ochi.

Pavlov Ivan Petrovici (1849—1936), medic şi fiziolog rus. Marele savant era fiu de preot şi el însuşi urma, după dorinţa părinţilor, să devină „slujitor al altarului". Dar la seminar, tînărul Pavlov nu s-a simţit atras de problemele teologice, ci de studiul ştiinţelor naturii şi al medicinei. Încă din anii studenţiei s-a dovedit a fi un cercetător talentat. În 1892 este numit profesor de fiziologie la Academia medico-chirurgicală din Petersburg. Aici începe Pavlov seria strălucitelor sale experienţe în legătură cu „digestia psihică", punînd în evidenţă influenţa scoarţei creierului asupra activităţii tractului digestiv. Ca o recunoaştere a uriaşelor perspective pe care aceste lucrări le deschideau fiziologiei şi psihologiei, în 1904 i s-a atribuit Premiul Nobel pentru medicină. În următorii 30 de ani, Pavlov şi-a concentrat toate eforturile în direcţia studierii activităţii nervoase superioare a animalelor şi omului. El a căutat să demonstreze că procesele psihice cele mai subtile se produc conform unui strict determinism material, nefiind efectul unei misterioase forţe „spirituale". Pavlov a arătat rolul reflexelor condiţionate în activitatea psihică. Totodată el a subliniat că studiul ştiinţific al fenomenelor biologice normale şi patologice trebuie să pornească de la recunoaşterea faptului că organismul constituie un tot unitar şi că între organism şi mediu există o unitate dialectică. În localitatea Koltuşi de lîngă Leningrad a fost clădit un institut care adăposteşte laboratoarele de cercetare prin metoda reflexelor condiţionate. Orientarea materialist-dialectică a învăţăturii pavloviste îi asigură acesteia un rol însemnat

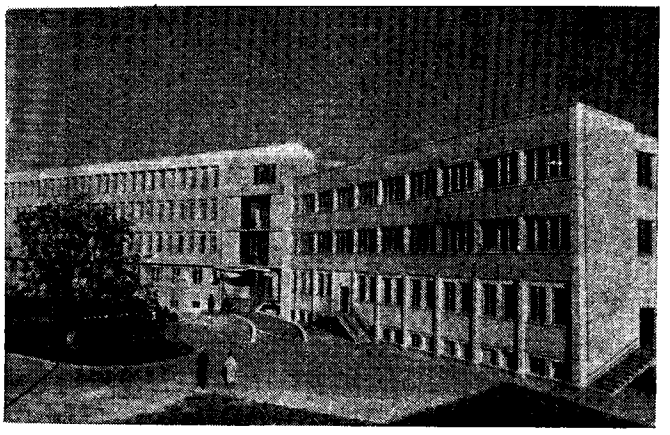


I. P. Pavlov

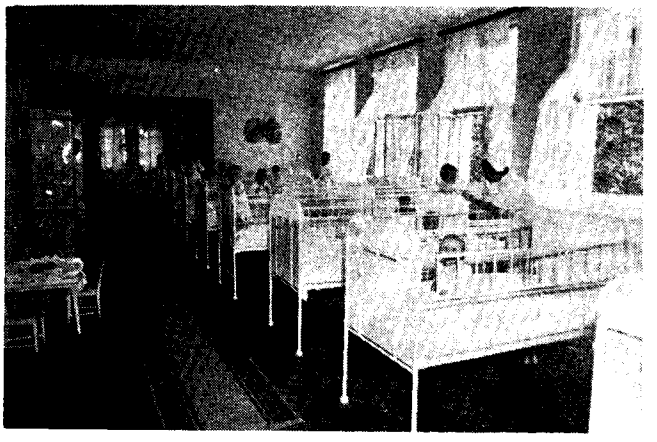
în fundamentarea ştiinţei medicale contemporane.

păduche, insectă — parazit, minuscul (1—5 mm). Se hrăneşte cu sîngele omului sau al mamiferelor, pe care îl sug de 2—3 ori pe zi. Omul este parazitat de 3 specii: păduchele de cap (trăieşte pe firele de păr), păduchele de corp, mai mare de cît cel de cap (trăieşte numai pe rufe) şi păduchele pubian (lat). Păduchii de corp şi de cap transmit agenţii patogeni ai tifosului exantematic şi ai febrei recurente. Metoda fundamentală în prevenirea pediculozei este păstrarea igienei personale. Pentru îndepărtarea păduchilor de cap se recomandă pieptănarea cu pieptenele des. Substanţele chimice întrebuinţate cu bune rezultate sînt: a) săpunul DDT 5%; b) soluţie de petrol-saponat 10% (la aplicarea lor se recomandă protecţia ochilor). Se mai poate presăra pe părul capului piretru sau pulbere DDT şi se leagă strîns cu o basma timp de 8—10 ore. Apoi capul se spală cu apă caldă şi se piaptănă cu pieptenele des. Aceste procedee trebuie repetate după 1—2 zile. Pentru nimicirea păduchilor de corp, lenjeria de pat şi îmbrăcămintea trebuie să fie presărate pe toate feţele cu DDT sau cu piretru şi lăsate astfel 2 ore. Pentru a

distruge lindinele, care ar supraviețui, obiectele de mai sus se calcă cu fierul bine încins. Spre a feri rufăria de păduchi, lenjeria curată se înmoaie în emulsie apoasă de DDT (1%), peste 30 de minute se stoarce și se întinde la aer liber pentru uscare. Dacă se impune nimicirea păduchilor din încăperi, podelile și obiectele lemnoase trebuie să fie stropite cu soluție 10% petrol lampant sau cu o emulsie apoasă (1—2%) DDT. Peste 2 ore, pardoseala se spală cu apă și săpun.



Spital de copii recent intrat în funcțiune la Bacău



Supraveghere medicală atentă în colectivități de copii mici

Păltiniș, stațiune climaterică situată lîngă Sibiu, în munții Cibinului, la o altitudine de 1 442 m. Climatul este alpin, excitant, indicat în anemii și la convalescenți și ca stațiune de odihnă.

păr, formațiune filiformă care se găsește pe toată suprafața corpului, cu excepția feței anterioare a palmelor și degetelor pe plante și pe fața plantară a degetelor picioarelor, mamelon, glandul penisului și fața internă a buzelor mari și mici la femei. În unele locuri, părul este mai dezvoltat, cum este cel de pe pielea capului, axilă, pubis și pe față, la bărbat. Părul de pe trunchi este mai subțire față de cel de pe cap. Firul de păr este format din două părți: a) o parte intradermică, sau *rădăcina părului*, acoperită de o teacă formată din celule epiteliale turtite (*foliculul pilos*); b) o parte externă, *tulpina părului*. Rădăcina părului prezintă la bază o porțiune mai umflată, numită bulb, care prezintă la mijloc o înfundare numită *papilă*. Papila este locul pe unde pătrund în bulb vasele de sînge necesare hrănirii părului și nervii. Bulbul este compus din celule datorită cărora părul crește continuu. În interiorul firului de păr se găsește măduva, formată din celule care conțin pigmenți ce dau părului culoarea caracteristică. Cînd aceste celule nu se mai refac sau sînt distruse, părul devine alb, deoarece locul celulelor cu pigmenți este ocupat de aer. La rădăcina părului mai există un mușchi neted care îndreaptă firul de păr — piele de găină — și o glandă sebacee, care produce grăsime (sebum) și al cărui canal se deschide în foliculul pilos, permițînd ungerea firului de păr și apariția unui luciu caracteristic

pediatrie, ramură a medicinei care se ocupă de bolile copilului, de la naștere și pînă la pubertate (inclusiv). Spre deosebire de alte specialități medicale, pediatria nu se ocupă de o boală (ca de exemplu ftiziologia) sau de un aparat sau sistem (ca de exemplu cardiologia, urologia), ci de fiziologia și patologia foarte complexe ale unei perioade foarte întinse (și în multe privințe decisive) din viața individului. În ultima vreme, pediatria își întinde sfera de acțiune și asupra vieții intrauterine a copilului (pediatria prenatală). Caracterul esențial al vîrstei, ce constituie preocuparea pediatriei, este procesul de creștere, care are două laturi fundamentale: *acumularea* de masă organică (de exemplu greutatea unui om adult de 70 kg este de 20 miliarde de ori mai mare decît greutatea oului uman) și *diferențierea*, adică modificarea formei și structurii diferitelor țesuturi și organe. Justificarea pediatriei ca specialitate derivă din aceea că organismul în creștere are unele particularități care tre-

buie cunoscute pentru a se putea preveni sau trata abaterile de la normal şi bolile care survin în timpul procesului de creştere. Pediatria s-a constituit ca disciplină medicală separată în secolul al XIX-lea. Pînă la 1 900, situaţia medicală a copilului era foarte grea. De

Medic pediatru consultînd

exemplu, pînă în acea vreme, doar sugarii născuţi la termen şi hrăniţi la sîn aveau şanse mai mari de supravieţuire; sugarii imaturi şi cei alimentaţi artificial erau aproape sigur condamnaţi. Mortalitatea în creşele de copii atingea pe atunci cifra de 90%, ceea ce le transforma în veritabile „necropole" de copii. Doar două boli se puteau preveni pe atunci: variola şi scorbutul. Medicamente oarecum specifice existau doar pentru cîteva boli: malaria (chinina), sifilisul (mercurul), insuficienţa cardiacă (digitala), scabia (sulful), viermii intestinali (usturoiul). În 1906, existau mai puţin de 100 de medici pediatri în toată lumea. Pediatria nu se învăţa ca disciplină aparte, ci la specialităţi înrudite (obstetrica, medicina internă). În ultimii 50 de ani, graţie dezvoltării terapiei preventive şi curative s-au făcut mai multe progrese în pediatrie de cît în cele 2 milenii care au trecut de la moartea lui Hippocrat. De aceea, epoca de la 1 900 încoace a fost numită pe bună dreptate „epoca de aur" a pediatriei. Cu 50 de ani în urmă exista un mare număr de boli nevindecabile, care acum fie că pot fi prevenite, fie că se vindecă, fie că printr-un tratament de substituţie pot fi mult timp compensate: diabetul, anemia pernicioasă, meningita tuberculoasă, tuberculoza miliară, unele septicemii, boala Addison, toxicoza şi distrofia sugarului, difteria, rahitismul, poliomielita etc. Dacă adăugăm progresele imense ale profilaxiei bolilor şi colectivităţile nesfîrşite cărora li se aplică terapia medicală, se poate afirma că, spre deosebire, de exemplu, de terapia chirurgicală, care acţionează la scara individuală, terapia medicală profilactică şi curativă acţionează la scară de masă. La aceste date care privesc pediatria în mod general se adaugă progresele imense înregistrate în asistenţa mamei şi copilului şi care privesc în mod special ţările lagărului socialist şi deci şi ţara noastră, în care pediatria are un pronunţat caracter social. În ţara noastră, după 23 August 1944, ocrotirea şi asistenţa mamei şi copilului au fost preluate de către stat. Asistenţa copilului în ţara noastră se extinde asupra întregii perioade a copilăriei, din perioada prenatală pînă la adolescenţă. Între măsurile luate citäm: asistenţa curativă şi profilactică a gravidei, maternităţi, case de naşteri, spitale de copii, dispensare, creşe, cămine, bucătării de lapte, policlinici şi servicii de consultaţii, industrie proprie de medicamente şi de lapte praf, plan raţional de imunizări pentru toate perioadele copilăriei, asistenţa copiilor cu deficienţe (psihice sau psihomotorii), reforma învăţămîntului superior din 1948 (în urma căruia s-au creat 5 facultăţi de pediatrie transformate ulterior în secţii ale facultăţilor de medicină şi destinate pregătirii temeinice a medicilor pediatri), înfiinţarea şcolilor de cadre medii (asistente şi surori), educaţia sanitară de masă etc. Aceste progrese în domeniul pediatriei sociale, împreună cu creşterea simţitoare a nivelului de trai material şi cultural al populaţiei, au avut importante rezultate: mortalitatea infantilă, de exemplu, a scăzut de la 18—20% la 5,8% (1962) şi excedentul natural a crescut atingînd în 1955 cifra de 15,9‰.

peladă, boală de cauză necunoscută, caracterizată prin căderea părului în insule rotunde de dimensiuni variabile. De cele mai multe ori, placa de peladă este unică, situată pe pielea capului sau barbă (la bărbaţi), de formă perfect rotundă şi complet lipsită de păr. După 6 săptămîni, părul reîncepe să crească, uneori la început alb, şi totul reintră în normal. În unele cazuri însă, plăcile se pot înmulţi şi pot creşte în dimensiuni, cuprinzînd regiuni păroase din ce în ce mai întinse. În forma cea mai gravă, părul cade în totalitate, atît de pe cap, cît şi de pe celelalte regiuni păroase. Şi în aceste forme, părul poate să crească din nou, uneori după un răstimp de cîteva luni sau cîţiva ani, spontan sau datorită tratamentelor efectuate. Cele mai bune rezultate în această boală s-au obţinut cu preparate corticonice sau cu vitamine din grupul B (acid pantotenic, acid paraaminobenzoic, gerovital).

peloidoterapie, tratamentul cu nămol de orice origine (vezi fangoterapie).

pelviperitonită, inflamaţie a peritoneului excavaţiei pelviene. Boala începe brusc după un avort infectat, naştere septică, sau în cursul evoluţiei unei anexite şi se manifestă prin

dureri violente în etajul abdominal inferior, însoţite de greţuri, vărsături, frisoane şi temperatură mare. Uneori starea generală este profund alterată. *Tratamentul* se efectuează numai în spital şi constă în administrarea masivă de antibiotice, vitaminoterapie şi la

Peladă decalvantă.

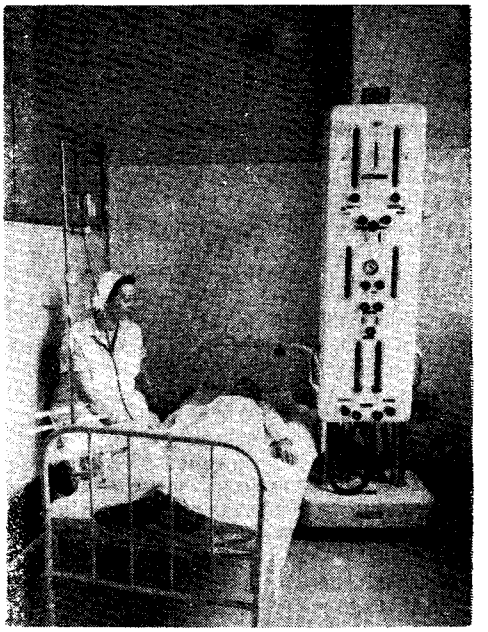
nevoie deschiderea abcesului pelvian prin colpotomie. Evoluţia este lungă şi vindecarea definitivă se obţine foarte greu. Prevenirea pelviperitonitei este posibilă prin tratarea precoce şi intensă a inflamaţiilor anexiale.

pemfigus, grup de boli caracterizate prin apariţia unor vezicule (băşici) pe pielea normală ca aspect. Pemfigusul vulgar este o boală gravă, chinuitoare, caracterizată prin erupţii repetate de băşici pe piele şi pe mucoase. După ce băşicile se sparg, pe locul lor se formează eroziuni foarte dureroase. În pemfigusul cronic se modifică şi starea generală: deseori creşte temperatura, bolnavul îşi pierde somnul, pofta de mîncare, slăbeşte în greutate. Netratată, boala poate avea un sfîrşit fatal. Cauza ei nu se cunoaşte precis; se crede că ar fi vorba de o infecţie cu un ultravirus. În unele cazuri, tabloul patologic, după o apariţie rapidă de băşici, este dominat de alte leziuni, ca: scuame stratificate (pemfigusul foliaceu) sau formaţiuni vegetante (pemfigusul vegetant). Toate aceste forme sînt însoţite de aceeaşi alterare gravă a stării generale şi au aceeaşi evoluţie ca pemfigusul vulgar. În ultimii ani s-a constatat că medicamentele din grupul cortizonului (preparate din scoarţa glandei suprarenale) sînt foarte eficace în tratamentul acestei boli. Condiţia indispensabilă este însă ca aceste medicamente să fie administrate în cantităţi suficiente, iar tratamentul să nu fie întrerupt, în caz contrar producîndu-se recidive mai grave.

penicilină — vezi antibiotice.

penis — vezi genital.

perfuzie, modalitate de a introduce în organism cel mai des pe cale intravenoasă cantităţi mai mari de lichide necesare tratamentului sau medicamente foarte active care trebuie diluate pentru a acţiona în timp. Aparatul de perfuzie este constituit dintr-un flacon de capacitate variabilă, aşezat deasupra nivelului bolnavului din care lichidul perfuzat se scurge prin cădere cu picătura, în venă, prin intermediul unui tub de cauciuc, cu un ac la cap, introdus în venă. Tubul este prevăzut cu cleme metalice, pentru reglarea debitului, şi cu o bulă de sticlă, pentru a urmări şi număra picăturile care se scurg timp de un minut. Astfel se pot introduce fără pericol în decurs de o jumătate, una sau două ore cantităţi mari de lichide, ca: soluţie



Aparat Avachian pentru perfuzii, proiectat şi fabricat în R.P.R.

glucozată, ser fiziologic, sînge şi substituenţi de sînge, la care se pot adăuga medicamente, ca vitamină C, atropină etc. Perfuziile se fac la bolnavii care au pierdut mult sînge (prin hemoragii mari la accidentaţi), la cei slăbiţi care trebuie să suporte operaţii grele sau la

cei ce nu se pot alimenta pe gură. În mod obișnuit, se perfuzează dintr-o dată 250-300 ml de lichid dar aceste cantități pot fi mai mari. Perfuziile se pot repeta în 24 de ore.

pericardită, leziune inflamatoare a seroasei pericardice. În funcție de evoluția acestei inflamații, pericardita poate fi *acută* sau *cronică*. Prima poate evolua de la cîteva săptămîni la cîteva luni, pe cînd pericardita cronică lasă leziuni definitive. Din numărul total al pericarditelor, aproximativ un sfert sînt uscate, iar trei sferturi sînt cu lichid, care poate fi variabil ca volum și aspect (seros, hemoragic, purulent). Boala poate începe cu durere precordială și pe măsură ce crește volumul lichidului, miocardul comprimat determină dispneea, care obligă uneori pe bolnav să păstreze poziția șezîndă, iar nervii din vecinătate și esofagul apăsați provoacă sughiț și greutate la înghițit (disfagie). În urma *tratamentului*, lichidul se retrage; uneori însă pericardul se îngroașă, transformîndu-se într-un înveliș inextensibil al inimii (*simfiză pericardică*), care împiedică umplerea ei cu sînge venos, ajungîndu-se din această cauză la insuficiența inimii drepte (vezi insuficiență cardiacă). Această *pericardită cronică constrictivă* n-are alt tratament de cît intervenția chirurgicală pentru a se elibera din cuirasa care o comprimă. În pericardita acută *tratamentul* este medical: regim igieno-dietetic și medicamentos, în funcție de boala cauzală (reumatism, tuberculoză).

perioadă de stare, fază în care se instalează simptomele caracteristice ale bolii infecțioase. În cazul bolilor eruptive se numește perioadă eruptivă.

periodontită (pericimentită), inflamație a periostului dintelui. Periodontita poate apărea în urma unui traumatism, cînd forța care acționează asupra dintelui depășește capacitatea aparatului conjunctiv al dintelui de a amortiza presiunea. O solicitare mai slabă, dar frecventă, a dintelui poate provoca, de asemenea, o periodontită traumatică. Periodontita infecțioasă apare atunci cînd în periodonțiu pătrunde o infecție prin *caria dentară*, mai rar prin sînge în cursul unor boli infecțioase (gripă, febră tifoidă etc.). *Profilaxia* periodontitei constă în tratamentul la timp al dinților cariați, în asanarea dinților și în evitarea traumatizării dinților.

perionixis, îmbolnăvirea zonei de piele situată în jurul unghiei, provocată mai ales de stafilococ sau de ciuperci (vezi micoze). Inocularea microbilor sau paraziților se petrece de cele mai multe ori în timpul manechiurei și în cursul treburilor menajere. La început, zona de piele este roșie, apoi se umflă, devine dureroasă iar la apăsare lasă să se scurgă o picătură de puroi. Dacă infecția durează mai multă vreme se complică și cu îmbolnăvirea unghiei, dînd boala denumită onicoză. Tratamentul urmărește în primul rînd diminuarea inflamației (prin comprese antiseptice cu soluție Burov rezorcină etc.) și se adresează apoi combaterii microbului sau parazitului în cauză.

periostită, inflamație a periostului. Traumatismul este o cauză favorizantă. Apare în cursul unor boli generale: tuberculoză, sifilis, febră tifoidă, reumatism sau prin propagare de la o infecție din vecinătate. Apare mai frecvent pe oasele lungi (tibie, femur). Se manifestă clinic, prin durere, care se exagerează la palpare împăstarea țesuturilor care acoperă periostul, edem și roșeața tegumentului (periostită acută). Pe radiografie apare o îngroșare a osului. Beneficiază de tratament medical (antibiotice), iar în stadiul de abces se face intervenție chirurgicală. Periostita cronică are o evoluție lungă și simptomatologie atenuată. Beneficiază de tratament medical (antibiotice, raze X, ultrascurte, tratament antituberculos, antisifilitic, antireumatic).

peritoneu, membrană seroasă care căptușește cavitatea abdominală și se răsfrînge acoperind parțial sau total viscerele abdominale. El constituie un mijloc de fixare a organelor digestive de peretele abdominal, prin ligamente și mezouri formate prin părțile care se răsfrîng dinspre perete către organul respectiv. Alte răsfrîngeri ale peritoneului unesc între ele mai multe organe, aceste formațiuni purtînd numele de *epiploon*. În afara rolului de fixare a organelor abdominale, peritoneul favorizează alunecarea redusă a unor organe pe celelalte. Prin bogăția mare a globulelor albe (limfocite, leucocite) din epiploon, peritoneul participă la apărarea organismului împotriva infecțiilor abdominale, printr-un proces de localizare a acestora. În mod normal, peritoneul secretă o cantitate foarte mică de lichid, care servește alunecarea organelor abdominale. În cazuri anormale, în cavitatea abdominală pot apărea cantități mari de lichid (ascită, puroi), a căror resorbție are loc tot prin seroasa peritoneală.

peritonită, inflamație a peritoneului. Microbii ajung în cavitatea peritoneală fie prin rănirea peretelui abdominal sau a organelor cavitare (stomac, intestin, colon, colecist) — peritonită secundară — fie pe calea circulației sanguine — peritonită primitivă. Peritonita primitivă este excepțională (1—2%) și este foarte gravă, fiind localizarea peritoneală în cursul unei septicemii. Majoritatea peritonitelor sînt secundare unei leziuni a organelor din cavitatea peritoneală. Infecția este de cele mai multe ori mixtă, cuprinzînd o mare varietate de microbi. Cei mai frecvent întîlniți sînt: colibacilul, streptococul și pneumococul. Simptomele clinice sînt aceleași, indiferent de natura microbului; tabloul clinic ține de modul de reacție a sistemului nervos față de excitația produsă de toxinele microbiene. În foarte multe cazuri de peritonită, dacă poarta de infecție se închide prin operație, peritonita își oprește evoluția. *Peritonită difuză acută*, după poarta de intrare a germenilor în cavitatea peritoneală,

poate fi: prin perforarea unui segment al tubului digestiv (67% prin perforația apendicelui, 13,8% prin ulcer gastro-duodenal perforat); printr-o plagă abdominală penetrantă; în urma unei infecții a organelor genitale interne la femei (6,7%), de obicei prin deschiderea în peritoneu a unei pungi cu puroi formată în trompă sau ovar sau prin perforația uterului în timpul avortului, mai rar prin pătrunderea germenilor în peritoneu prin orificiul tubar uterin; pe cale hematogenă (apare în cursul unei septicemii cu pneumococ, streptococ, gonococ, și este foarte gravă); prin deschiderea unei colecții purulente localizată într-un organ plin intraabdominal (abces hepatic, chist hidatic hepatic supurat, abces splenic); prin deschiderea unei colecții purulente extraperitoneale în peritoneu; acestea din urmă sînt excepționale. Simptomele sînt datorite iritației terminațiilor nervoase ale peritoneului de către toxinele microbiene care produc reflexe locale și generale. Durerea este semnul de alarmă: durere continuă, la început limitată, apoi cuprinde toată regiunea abdominală, se exagerează la palpare, prin tuse și în expirație profundă; durerea poate avea reflexe în umăr. Contractura abdominală este semnul cel mai timpuriu, mai constant și mai sigur al peritonitei și se datorește contracturii reflexe a musculaturii abdominale, datorită iritației peritoneului. *Peritonita difuză acută*, ori care ar fi cauza ei, constituie o urgență. Dacă bolnavul prezintă semnele de început ale acestei afecțiuni, este inutil să se încerce îngrijirea lui cu mijloace care sînt la îndemînă în familie. Întrucît în salvarea bolnavului timpul este factorul esențial, de la caz la caz trebuie chemat medicul sau trebuie transportat bolnavul la cel mai apropiat serviciu de chirurgie. *Peritonita localizată*, pungă cu puroi, închistată în cavitatea peritoneală. Mai frecvent se întîlnesc: pelviperitonita supurată, abcesul iliac drept, abcesul subfrenic. Au aceleași cauze ca și peritonitele difuze, dar datorită unei virulențe slabe a germenilor și unei apărări bune a organismului infecția poate fi localizată. Tratamentul este chirurgical. *Peritonita plastică* formarea de aderențe datorită unor iritații peritoneale chimice, mecanice sau inflamatorii. Toți acești factori determină un edem al peritoneului și un exsudat bogat în fibrină. Fibrina coagulează intraperitoneal și lipește suprafețele care sînt în contact În aceste aderențe de fibrină apar leucocite. limfocite și fibroblaști, care organizează un, țesut conjunctiv. Clinic, simptomatologia este redusă, dar foarte tenace, fiind datorită tulburărilor de tranzit intestinal (dureri abdominale, constipație, meteorism). *Peritonita tuberculoasă*, inflamația cronică a seroasei peritoneale, produsă de bacilul Koch. Este mai frecventă la vîrsta preșcolară și la adolescenți. Are o evoluție cronică, lentă și determină, fie un revărsat abundent sero-citrin (forma ascitogenă), fie un exsudat cu reacție plastică și abcese reci (forma ulcero-cazeoasă), cu prognostic sever, putînd da naștere la fistule intestinale, fie aderențe întinse între ansele intestinale și peritoneu (forma fibroadesivă). *Tratamentul* se face cu antituberculos, cu rezultate bune.

perorai (per os), cale pentru administrarea cea mai curentă a multor medicamente sub formă de soluții, pulberi (ca atare sau conținute în cașete), sau comprimate, pilule, drajeuri. Este avantajoasă, întrucît medicamentele preparate în scopul luării pe gură nu sînt nocive, iar bolnavul își poate lua singur medicația la orele stabilite. Este dezavantajoasă însă de aplicat la bolnavii grav, în stare de inconștiență, care nu pot înghiți, și în cazul în care trebuie administrate unele medicamente ce sînt distruse de către aciditatea gastrică. Uneori, medicamentele sînt iritante slabe ale mucoasei digestive și de aceea se administrează în timpul mesei. Alteori, dacă au gust și miros urît, se prepară în soluții la care se adaugă așa-numitele corective (siropuri simple sau apă de trandafiri, sirop de coji de portocale, care îmbunătățesc condițiile de administrare). Ajunse în stomac, unele medicamente sînt resorbite aici, trecînd în sîngele circulant (alcoolul, unii alcaloizi), sau își manifestă acțiunea locală (pansamente gastrice, alcaline). Altele se resorb sau acționează la nivelul intestinului subțire și pentru a nu fi modificate sau neutralizate de sucul gastric acid sînt protejate de capsule de gelatină sau keratină, care nu se desfac de cît în intestin (capsulele de *Filix Mas* din tratamentul unor verminoze intestinale). În general, calea de administrare a medicamentelor pe gură oferă o acțiune mai tardivă a medicamentelor, ele trebuind să treacă prin bariera celulei hepatice, care, în parte, le modifică proprietățile terapeutice. De aceea, atunci cînd este necesară o acțiune foarte rapidă a medicamentului, ca în cazul crizei de angină de piept, medicamentul (nitroglicerina), sub formă de picături sau tablete mici, se administrează pe cale sublinguală *(perlingual)*, de unde trece rapid în sînge și de aici la organul bolnav (inima în exemplul nostru).

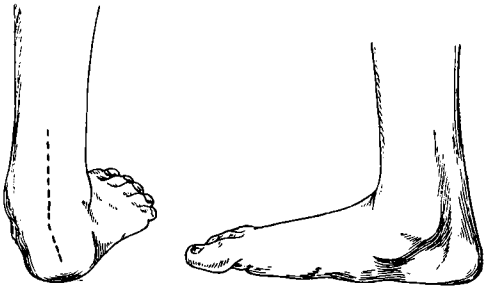
perversiuni sexuale, provocarea satisfacției sexuale prin acte sau comportări anormale. Ele pot fi urmarea unor tulburări psihice (deficiență mintală), unor inversiuni din naștere, consecința unor deprinderi căpătate din copilărie sau adolescență datorită anturajului sau lipsei de preocupare a părinților în educarea copiilor lor sau unor înclinări din naștere (inversiunea sexuală). Formele de manifestare a perversiunilor sexuale sînt: onanismul sau masturbația (vezi onanie), fetișismul (plăcere sexuală anormală, exagerată prin atingerea sau contemplarea unor obiecte sau a unei părți din corpul ce aparține sexului opus), sadismul, de la numele marchizului De Sade, care l-a practicat (plăcere sexuală

deosebită pe care o are unul din parteneri de a chinui fizic pe celălat — îl bate, îl muşcă, îl biciuieşte), masochismul (vezi masochism), necrofilia (act sexual cu un cadavru, practicat de indivizi degeneraţi, cu tulburări mari psihice), bestialitatea (săvîrşirea actului sexual cu animale, cîini, vaci, găini, mai ales la cei care îngrijesc aceste animale, la debili mintali sau fără o educaţie sexuală corespunzătoare), pedofilia (tulburare mai ales la bătrînii cu fenomene de demenţă senilă şi care constă în acte sexuale cu copii de obicei anal sau bucal), exhibiţionismul (expunerea în public a organelor genitale), satiriazis (exacerbarea anormală a apetitului sexual la bărbat, cu excese), nimfomania (aceleaşi tulburări ca în satiriazis, dar la femei), homosexualitatea (atracţie sexuală şi satisfacerea instinctului sexual între doi inşi de acelaşi sex, înclinare care poate veni din inversiune sau din perversiune); la femei se numeşte safism sau lesbianism şi constă în satisfacerea bucală a actului sexual, sau, la femei cu clitorisul dezvoltat, prin frecarea organelor sexuale (tribadism); la bărbaţi homosexualitatea se numeşte pederastie sau uranism, care constă în satisfacerea actului sexual în regiunea anală. Cînd acest act sexual este săvîrşit cu o femeie se numeşte sodomie (de la oraşul biblic Sodoma, unde se practica). La noi în ţară, legea pedepseşte perversiunile sexuale, atunci cînd nu se constată o deficienţă mintală. Însă, atît la deficienţii mintali, cît şi la cei care au căpătat aceste deprinderi în condiţiile unui anturaj dubios, medicul are datoria să facă eforturi pentru reeducarea lor. În cazuri mai grave, mai ales la taraţii mintal, *tratamentul* se face numai în spitale de specialitate.

Pettenkofer Max von (1818—1901), igienist german. A beneficiat de o temeinică pregătire de chimist în laboratorul celebrului Liebig, astfel că atunci cînd a fost numit profesor de igienă la München a fost în măsură să înnoiască studiul acestei discipline. În locul descrierilor generale ale condiţiilor de mediu, Pettenkofer a promovat investigaţiile fizico-chimice, măsurînd umiditatea aerului şi cantitatea de bioxid de carbon atmosferic, intensitatea ventilaţiei, infestarea cu microbi a apei etc. Prin aceasta, el a fundamentat ştiinţa igienei experimentale, pusă în serviciul sănătăţii publice.

Petrini-Galatz Mihai (1846—1926), dermatolog romîn, profesor la Facultatea de medicină din Bucureşti. A publicat lucrări despre lepră, sifilis şi diferite boli de piele. A fost directorul general al Serviciului sanitar în 1901—1909 şi unul din promotorii luptei antituberculoase în ţara noastră. Este fondatorul şcolii romîneşti de dermato-venerologie.

picior plat, dispariţia bolţii piciorului. Survine mai frecvent la adolescenţii înalţi, care stau mult timp în picioare; purtarea încălţămintei fără toc pare să fie un factor predispozant. Boala începe prin dureri ale picioarului, care apar spre sfîrşitul zilei. Mersul pare normal dar examinînd încălţămintea se observă că tocurile şi tălpile sînt mai uzate spre marginea internă de cît spre cea externă. Mai tîrziu, durerile de la picior se întind şi cuprind şi gamba. Progresiv, piciorul se deformează:



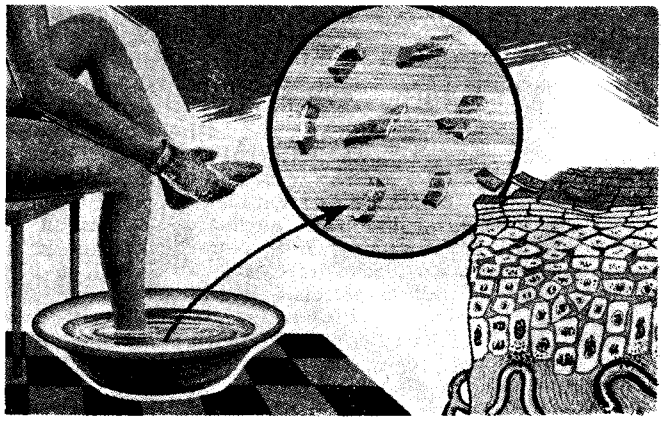
Picior plat

este deviat în valgus (în afară), astfel că axul posterior al gambei şi axul vertical al călcîiului, care normal sînt pe aceeaşi linie verticală formează un unghi deschis în afară; bolta piciorului (cambrura) diminuează şi piciorul devine plat. De aceea, boala poartă numele de picior plat valg dureros. Peste cîţiva ani, în majoritatea cazurilor, fenomenele dureroase se ameliorează, bolnavul rămînînd cu piciorul deformat. *Tratament*: intervenţii chirurgicale în cazurile cu deformaţii mari şi dureri persistente, încălţăminte ortopedică, în cazurile uşoare.

Picior plat avansat (dreapta), picior normal (stînga).

piele, înveliş al corpului alcătuit dintr-un strat profund numit *derm* şi unul superficial numit *epiderm*. Suprafaţa totală a pielii la omul adult este de aproximativ 1,5—2 m, ea putînd fi calculată aproximativ cu ajutorul unor tabele ce ţin seamă de înălţime şi greutate. Epidermul este format din mai multe straturi de celule, dintre care stratul profund, numit *strat germinativ*, generează celulele pielii. Straturile superficiale sînt încărcate din ce în ce mai mult cu o substanţă densă, numită *cheratină*, şi se descuamează (se desprind de piele), fiind înlocuite de celule generate de stratul germinativ. *Stratul bazal* conţine şi

pigmentul pielii, numit *melanină*, a cărui cantitate variază de la individ la individ şi de la rasă la rasă. *Dermul* se găseşte sub *epiderm* şi conţine numeroase fibre elastice, vase şi terminaţii nervoase. Sub epiderm se găseşte al treilea strat numit *hipoderm* sau *strat subcutanat*, alcătuit din ţesut conjunctiv. El reprezintă locul de elecţie pentru depozitarea grăsimilor. Prin aceasta, hipodermul are şi un mare rol de izolator termic, împiedicînd pierderea excesivă de căldură. La ureche, pleoape, scrot, grăsimea subcutanată este absentă şi pielea apare mai subţire. Terminaţiile nervoase din epiderm şi derm sînt fie libere, fie sub forma unor corpusculi, ei recepţionînd presiunea, durerea, temperatura şi reprezentînd receptorii *analizorului pentru durere şi temperatură* (vezi analizori). Pielea conţine o serie de formaţiuni anexe: părul (vezi păr), *glandele sudoripare* şi *glandele sebacee*. Glandele sudoripare sînt alcătuite dintr-un tub lung încolăcit în profunzime (hipoderm) sub forma unui *ghem* şi se deschid la suprafaţă printr-un orificiu mic numit *por sudoripar*. Glandele sudoripare se găsesc mai bine reprezentate în pielea de pe palmă şi plantă. Prin activitatea lor, produc sudoarea, al cărei rol este foarte important în excreţie (vezi excreţie) şi termoreglare (vezi termoreglare). *Glandele sebacee* sînt situate în derm, avînd forma unui tub care la partea inferioară se ramifică şi are aspectul unui ciorchine. Canalul glandular se deschide de obicei la rădăcina părului, unde este secretat produsul glandular numit *sebum*. Acesta are caracterul unei grăsimi şi prin răspîndirea lui pe firele de păr îi conferă un luciu special, iar prin răspîndirea pe suprafaţa pielii o protejează împotriva uscării excesive. *Glandele mamare* sînt tot organe anexe ale pielii, care însă au o activitate legată de funcţia de reproducere (vezi mamelă). Datorită alcătuirii ei variate, pielea are mai multe roluri, şi anume: a) Apără organismul de intrarea microbilor sau a altor corpi străini. Prin leziunile pielii (tăieturi, zgîrieturi) pot pătrunde însă asemenea corpi străini, dînd procese de iritaţie şi infecţie. Prin pigmenţii conţinuţi, pielea apără organismul de razele ultraviolete. Expunerea la soare măreşte pigmentaţia pielii. b) Recepţionează excitanţii termici, tactili şi dureroşi, fiind considerată din acest punct de vedere ca un vast organ periferic care primeşte informaţii din mediul înconjurător. c) Participă la excreţia substanţelor din organism, prin activitatea glandelor sudoripare. Se elimină astfel apă, săruri (în special clorură de sodiu) şi uneori glucoză, corpi cetonici, uree. d) Participă la termoreglare, atît în procesul de termoliză (prin evaporarea sudorii, iradiere şi contact), cît şi în menţinerea căldurii în organism datorită grăsimii subcutanate ce joacă rol de izolator termic. e) Participă la absorb-



Descuamarea stratului superficial al epidermului este mai pronunţată în timpul spălării.

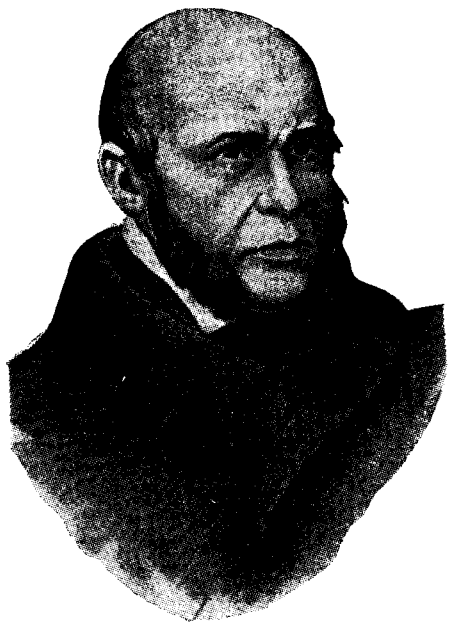
ţie. Unele medicamente (de exemplu, cele cu iod) pot fi absorbite prin piele intrînd apoi în circulaţia generală. f) Participă la respiraţie. La batraciene, rolul respirator al pielii este foarte însemnat. La om, doar o infimă cantitate de oxigen poate intra în organism prin piele. *Secreţia sudorală*: nervii simpatici eliberează în momentul cînd excită un organ o substanţă numită simpatină. Nervii parasimpatici eliberează în mod asemănător o substanţă numită acetilcolină. Aceste substanţe chimice mijlocesc trecerea impulsului nervos la organul efector. Glandele sudoripare, cu toate că au o inervaţie simpatică, sînt excitate prin intermediul acetilcolinei. Secreţia sudorală (*sudoarea*) este alcătuită din apă 95% şi substanţe minerale, dintre care NaCl este în mare cantitate. Totalul secreţiei sudorale poate atinge 2 litri în 24 de ore, iar la cei ce fac eforturi susţinute sau lucrează la temperaturi ridicate, această cantitate poate ajunge pînă la 8—10 litri în 24 de ore. În mod normal, doar circa 250 ml sînt eliminaţi în 24 de ore. Datorită existenţei secreţiei sudorale, pielea are un rol important în termoliză şi excreţie. În anumite boli, glandele sudoripare pot elimina substanţe care în mod normal nu intră în alcătuirea secreţiei sudorale. Astfel, în diabet, se elimină prin piele cantităţi însemnate de glucoză. Ştiinţa care se ocupă cu studiul, diagnosticul şi tratamentul bolilor de piele se numeşte dermatologie.

Piestany, staţiune balneară din Republica Socialistă Cehoslovacă; posedă reputate nămo-

luri şi ape minerale termale recomandate în reumatism, gută, boli circulatorii şi nervoase.

pioree alveolară (parodontoză, amfodentoză), boală răspîndită, care atacă ţesuturile din jurul dinţilor (aşa-numitul parodont sau amfodont), gingia, osul maxilarelor (apofizele alveolare), periostul dintelui, cimentul rădăcinii. Pioreea alveolară se întîlneşte mai ales după vîrsta de 40 de ani şi se caracterizează prin slăbirea progresivă a fixării dinţilor, ducînd la mobilitatea lor, însoţită de resorbţia marginii osoase a maxilarului, roşeaţă inflamatoare a gingiilor, dezlipirea acestor dinţi cu formarea unor „pungi gingivale", depunere de tartru (piatră) dentar, adesea cu un miros caracteristic, greoi, în gură; de cele mai multe ori, dar nu totdeauna, în pungile gingivale apare puroi, de aceea denumirea de pioree alveolară (supuraţie alveolară), nu este prea exactă. Profilaxia pioreei alveolare constă în îngrijirea minuţioasă a dinţilor.

Pirogov Nikolai Ivanovici (1810—1881), chirurg, anatomist şi pedagog rus. Experienţa de chirurg militar pe care a acumulat-o în cursul asediului Sevastopolului se reflectă în clasica sa lucrare: „Principiile chirurgiei generale de campanie" (1864). Fiind considerat cel mai competent specialist în problemele medicinei de război, în 1870 a fost invitat să



Nikolai Ivanovici Pirogov

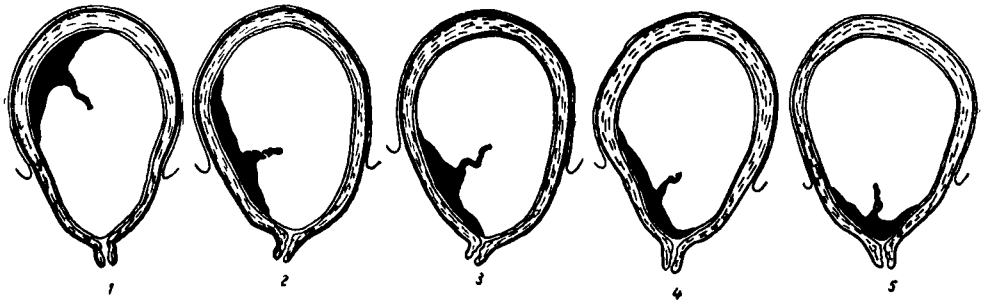
cerceteze spitalele militare şi ambulanţele armatelor beligerante franceze şi prusiene. În 1877 a vizitat ţara noastră, în drum spre cîmpurile de luptă din Bulgaria. Pirogov a imaginat şi inovat numeroase tehnici operatorii şi a introdus anestezia în chirurgia de campanie. El este autorul unui monumental atlas de anatomie topografică. Marele savant s-a preocupat de modernizarea învăţămîntului medical şi de organizarea continuei perfecţionări profesionale a medicilor. De asemenea, a militat pentru democratizarea învăţămîntului elementar şi de cultură generală, luînd poziţie împotriva discriminărilor de clasă în materie de educaţie. În repetate rînduri a luat atitudine împotriva samavolniciilor regimului ţarist şi în apărarea libertăţilor cetăţeneşti.

pistrui, pete galbene-brune, de dimensiuni variabile, de la mărimea unei gămălii de ac, pînă la aceea a unui bob de linte, apărînd pe regiunile descoperite ale corpului şi în special pe faţă, primăvara, sub influenţa soarelui. Deseori au un caracter familial şi apar la oamenii cu pielea albă, fină, la blonzi şi la cei cu părul roşu, foarte rar la bruneţi. Ferirea regiunilor descoperite ale pielii de acţiunea razelor ultraviolete ale soarelui începînd din lunile februarie-martie poate preîntîmpina apariţia pistruilor într-un grad oarecare. Acidul paraaminobenzoic, unele antimalarice de sinteză, bromhidratul de chinină, încorporate în diverse creme, exercită un rol protector. Pistruii apăruţi pot fi depigmentaţi într-o oarecare măsură prin fricţionarea pielii cu suc de lămîie, cu perhidrol 3% sau cu sirop perhidrolat 5—10% şi unguent mercuro-salicilic. Întrucît nu toată lumea subscrie la ideea că pistruii ar diminua graţia (ba uneori dimpotrivă), lupta împotriva acestor pigmentări inofensive devine, în unele cazuri, inutilă.

pitiriazis versicolor, boală de piele produsă de o ciupercă care parazitează partea superficială a stratului cornos al pielii. Pe trunchi (piept, spate), mai rar pe gît, apar pete mici, de culoare discretă maronie, cu o descuamaţie abia perceptibilă. Ciupercile formează un ecran faţă de razele solare, astfel că bolnavii care vor să se bronzeze apar ca stropiţi cu pete albe. Boala este puţin contagioasă şi de obicei nu provoacă mîncărimi. Tratamentul constă în folosirea, după indicaţiile medicului, de soluţii şi alifii ce cuprind substanţe care produc descuamarea pielii şi au un efect antimicotic: sulful, gudronul, acidul salicilic, iodul şi altele. Boala persistă şi recidivează la unele persoane în legătură probabil cu o anumită sensibilitate a pielii. În marea majoritate a cazurilor, soţul (sau soţia) nu se contaminează. Este bine ca tratamentul să se repete cel puţin o dată pe an primăvara.

Piuariu-Molnar Ioan (1749—1815), medic şi animator cultural romîn din Transilvania. Este primul romîn care a dobîndit diploma de medic. A fost un oftalmolog vestit, chemat să efectueze operaţii şi la Viena. În 1791 a devenit profesor al Academiei medico-chirurgicale din Cluj. A publicat broşuri de popularizare, o gramatică şi un dicţionar german-romîn şi a încercat, fără succes, să editeze o gazetă romînească.

piurie, termen întrebuinţat la sugar pentru infecţiile căilor urinare (pielită, pielonefrită) şi care desemnează prezenţa de puroi sau de leucocite alterate şi de germeni microbieni în urină. Fiindcă la sugar, pe de o parte, mijloacele pentru investigaţia sediului unei infecţii urinare sînt greu de manevrat şi, pe de altă parte, infecţia este mai puţin localizată, se întrebuinţează termenul generic de piurie, care nu se referă la localizare. Boala se produce fie în cadrul unei septicemii, fie în urma stazei urinare (prin malformaţie congenitală sau calculi în căile urinare), fie ca o complicaţie a unei boli renale preexistente (nefrită cronică, nefroză). Boala se manifestă la sugar prin febră, diaree, vărsături (urmate de deshidratare), prin crize de paloare şi uneori prin semne care simulează o infecţie meningiană (redoarea cefii). La copilul mare există dureri la micţiune, micţiuni frecvente sau enurezis nocturn. În urină se găsesc leucocite alterate (piurie), un număr crescut de bacterii (bacteriurie), albumină, hematii. Microbii cei mai des întîlniţi la copil sînt bacilul coli, streptococul, stafilococul, bacilul proteus, piocianicul. Se consideră că pentru vindecarea bolii şi împiedicarea transformării ei într-o infecţie cronică, care poate antrena cu timpul insuficienţa renală, trebuie acordată mare atenţie tratamentului prelungit cu antibiotice (la început continuu, apoi discontinuu), pînă la dispariţia germenului din urină, controlată prin cîteva uroculturi. Pentru aceasta se recomandă antibioticul care s-a dovedit prin experienţa clinică cel mai util în infecţia cu microbul respectiv, fără a se ţine seama în mod absolut de indicaţiile date de antibiogramă.

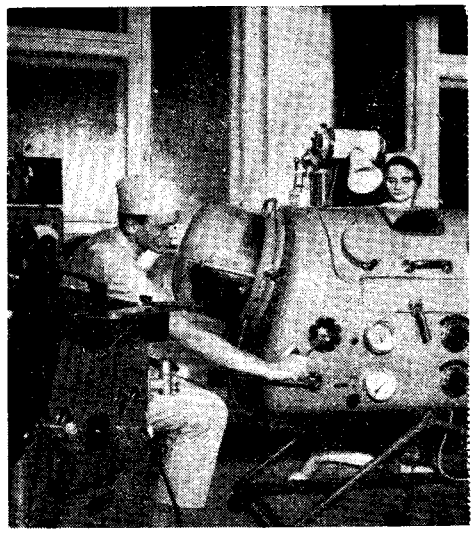


Inserţia placentei pe peretele uterin: *1* — superioară; *2* — mijlocie; *3* — inferioară; *4* — placentă praevia (parţial); *5* — placentă praevia (total).

placentă, organ de formă discoidală (ca o plăcintă), avînd una din feţe prinsă pe peretele uterului, iar cealaltă comunicînd cu fătul prin intermediul cordonului ombilical. Faţa dinspre uter se numeşte suprafaţă maternă şi este uşor convexă, lucioasă, neregulată, fiind formată din numeroase proeminenţe numite cotiledoane. Faţa dinspre făt se numeşte faţa fetală şi este acoperită de membrana amniotică, care este subţire, de culoare cenuşie, şi transparentă. Prin ea se văd ramificaţiile arterelor şi venelor ombilicale din unirea cărora se formează cordonul ombilical. Marginile placentei se continuă cu membranele care formează punga amniotică. Greutatea placentei este de 500—600 g, cam 1/6 din greutatea fătului. Prin placentă, fătul primeşte din sîngele mamei oxigen şi substanţe hrănitoare şi tot prin placentă bioxidul de carbon şi produsele de metabolism ale fătului trec din sîngele său în cel matern. Placenta constituie o barieră care împiedică trecerea microbilor de la mamă la făt. Toxinele bacteriene însă, ca şi virusurile, pot pătrunde prin filtrul placentar. Majoritatea substanţelor medicamentoase luate de mamă, precum şi alcoolul sau nicotina, trec de asemenea avînd asupra fătului o influenţă negativă. Placenta are şi rolul unei glande cu secreţie internă, ea secretînd diverşi hormoni. După naşterea copilului placenta se desprinde de pe peretele uterului şi este expulzată prin contracţii de către uter împreună cu membranele amniotice. Dacă nu se elimină în totalitate, este necesară extracţia manuală a resturilor placentare din uter, altfel prezenţa lor produce hemoragii. *Placenta praevia*, placentă care în loc să fie inserată pe fundul uterului, cum este normal, se prinde pe segmentul inferior al uterului, în totalitate sau în parte. Cauza inserţiei anormale a placentei pare a fi endometrita de care suferă femeia înainte de a rămîne însărcinată. *Placenta praevia* se manifestă prin metroragii (hemoragii uterine), care apar în ultimele luni ale sarcinii. Hemoragia apare brusc, fără nici o cauză aparentă şi fără dureri, de obicei în timpul nopţii. Deoarece hemoragia poate duce la moartea intrauterină a fătului sau, în cazuri mai rare, chiar la moartea gravidei, orice femeie care pierde sînge în ultimele luni ale sarcinii trebuie internată în spital. Tratamentul constă în administrarea de antispastice, repaus absolut la pat, iar la nevoie, declanşarea naşterii sau operaţie cezariană.

plămîn, organe respiratorii situate în torace, de o parte şi de alta a regiunii centrale, numite

mediastin. Fiecare plămîn are aspectul unei prisme cu un vîrf situat superior, o bază în contact cu mușchiul diafragm, o față costală și una mediastinală. Plămînul drept are un volum mai mare de cît cel stîng datorită faptului că de partea stîngă a toracelui se află situată și inima. Două șanțuri *(scizuri)* de partea dreaptă și unul de partea stîngă împart plămînii în respectiv trei și doi lobi pulmonari. *Lobii pulmonari* sînt formați la rîndul lor din unități anatomice și funcționale mai mici, numite *lobuli*. În fiecare lobul există cîțiva *saci alveolari*, ai căror pereți prezintă niște scobituri numite *alveole pulmonare*. Sacii alveolari comunică cu căile respiratorii prin *bronhiole mici*, din a căror unire rezultă *bronhiolele mai mari*, *bronhiile*, care la rîndul lor se continuă cu *traheea*, *laringele*, *faringele* și *cavitățile nazale*, alcătuind împreună așa-zisele *căi respiratorii*. Aerul intră prin căile respiratorii și ajunge în sacii alveolari, unde cedează oxigen și se încarcă cu bioxid de carbon. Intrarea și ieșirea aerului din plămîn poartă numele de *ventilație pulmonară*. Oxigenul trece prin peretele alveolei în sîngele din capilarele care înconjură fiecare alveolă. Acest proces se numește hematoză. Bioxidul de carbon urmează un drum invers. Schimburile amintite au loc pe toată suprafața alveolelor pulmonare. Bronhiile, arterele și venele în legătură cu plămînul intră sau ies din acesta înspre partea mediastinală, într-o zonă numită *hil*. În această regiune se găsesc și ganglionii limfatici în care ajunge limfa de la plămîn. Acești ganglioni, în special după vindecarea afecțiunilor pulmonare de origine tuberculoasă, se calcifică, apărînd la controalele radiologice pulmonare, sub forma ganglionilor calcificați hilari care nu au nici o importanță de gravitate. Între lobulii pulmonari se găsește un țesut conjunctiv, bogat în fibre elastice, care asigură plămînului un anumit grad de elasticitate. În timpul inspirației, datorită acțiunii mușchilor toracelui, cavitatea toracică se mărește de volum, antrenînd o mărire corespunzătoare de volum a plămînilor, fapt care favorizează intrarea aerului în plămîn. În timpul expirației, datorită încetării acțiunii mușchilor respiratorii, plămînul își revine la volumul inițial ca urmare a elasticității sale, care îl retractă. În unele boli zonele infectate din plămîn prezintă fenomene de *congestie sanguină* (congestie pulmonară) sau apariția de lichide anormale, puroi în alveole și bronhii. Zonele bolnave sînt excluse prin aceasta de la funcția respiratorie a plămînului (vezi și respirație). *Plămîn de oțel*, aparat cu ajutorul căruia se face respirație artificială. În acest aparat, bolnavul intră cu totul, doar capul și gîtul rămîn afară. Principiul constă în crearea unei presiuni pozitive în interiorul aparatului care, apăsînd pe toracele bolnavului, determină expirația, urmată apoi de o presiune negativă, care determină extensia toracelui și deci inspirația. Aparatul funcționează cu curent electric, dar la nevoie poate funcționa și



Plămîn de oțel.

manual. Se folosește în cazuri în care există o paralizie a mușchilor respiratori, în boli cum ar fi de pildă poliomielita.

pleură, învelișul seros al plămînului. Este format din două foițe lipite una de alta, între care există un strat fin de lichid (*lichid pleural*), care ajută atît la menținerea aderenței celor două foițe, cît și la alunecarea uneia pe cealaltă. Pleura învelește întreg plămînul, intrînd și în șanțurile care despart lobii pulmonari între ei. La locurile unde pleura parietală (în contact cu peretele toracic) se continuă cu pleura viscerală (în contact cu plămînul), se află sinusurile pleurale, loc unde se adună de obicei în cazuri de inflamație lichidul pleural. În cazuri anormale, între foițele pleurei poate intra aer (pneumotorax), fie în urma unui accident, fie în scop terapeutic. Alteori, în cavitatea pleurală poate apărea lichid, puroi sau țesut conjunctiv, care sudează cele două foițe, împiedicînd alunecarea lor (*simfiză pleurală*).

pleurezie, inflamație a pleurei însoțită sau nu de un revărsat (exsudat) lichidian. Cînd este uscată (*pleurită*) se traduce printr-un junghi toracic, tuse seacă, transpirații, lipsa poftei de mîncare și o stare subfebrilă. Ea este de cele mai multe ori expresia unei tuberculoze, alteori a unei pneumonii sau septicemii și cîteodată a unei ușoare inflamații pleurale care se poate vindeca de la sine. Pleurezia obișnuită cu lichid (*pleurezie serofibrinoasă*) este de regulă de natură tuberculoasă, manifestîndu-se cu semne ca de pleurită; la examenul clinic, însă, confirmat și de radiologie, se

constată prezența lichidului în cavitatea pleurală. Puncția exploratoare (vezi toracenteză) stabilește natura lichidului. *Tratamentul* pleureziei obișnuite este același ca și pentru tuberculoză, adică prin tuberculostatice, la care se adaugă tonice generale și vitamine. Uneori, toracenteza evacuează un lichid purulent în care se determină prezența diverșilor germeni. Vindecarea acestor pleurezii purulente se poate obține cu antibioticele corespunzătoare germenului identificat și cu ajutorul drenajului chirurgical.

ploșnițe, ordin de insecte care numără cîteva mii de specii. Sînt foarte răspîndite atît pe uscat, cît și în apă. Unele specii se hrănesc cu vegetale, altele cu animale; printre cele dintîi, multe sînt dăunătoare culturilor agricole; printre cele din urmă, există paraziți ai animalelor homeoterme (găini, porumbei, cîini, șoareci) și ai omului (ploșnița de pat). În locuința omului, ploșnița trăiește în crăpăturile zidurilor, în tapete, mobilă, în special în paturi și saltele. Poate rezista multă vreme fără hrană. Mușcăturile ploșnițelor provoacă o iritație a pielii. Pentru a preveni înmulțirea ploșnițelor trebuie să se mențină curățenia locuinței, a paturilor, saltelelor, a mobilei tapisate, a covoarelor. Ploșnițele de pat sînt rezistente la frig (de aceea, ținerea obiectelor și a mobilei la ger pentru a distruge ploșnițele este inutilă). Distrugerea ploșnițelor se face prin metode chimice și fizice. Printre preparatele chimice se folosesc praful DDT și piretru; praful de hexacloran se presară numai pe locurile unde s-au adunat ploșnițele. Aceste substanțe se lasă pe suprafața obiectelor timp de 3—4 zile. Se pot folosi, de asemenea, gazul, terebentina sau un amestec din amîndouă. Operația se repetă peste 10—12 zile, pînă cînd vor fi distruse toate insectele. Dintre metodele fizice se folosește căldura uscată (flacăra lămpii de benzină), vapori de apă. În locuințele cu mai multe apartamente este obligatoriu ca toți locatarii să facă deparazitarea deodată.

pneumoconioză, afecțiune a aparatului respirator, cu mers lent și progresiv, provocată de inhalarea pulberilor, care determină inflamația și apoi scleroza plămînilor. Încărcarea plămînilor cu pulbere de cărbune (*antracoză*) se observă la muncitorii din minele de cărbuni și mai ales acolo unde nu se respectă regulile de protecție a muncii; nu este gravă. Inhalarea de pulberi de bioxid de siliciu (*silicoză*) poate provoca o pneumoconioză foarte severă care se întîlnește la mineri, sticlari, cioplitori de piatră; tot severă este inhalarea de pulberi de azbest (*azbestoză*). Mai sînt și alte pneumoconioze, mai puțin frecvente, ca *sideroza*, rezultată din inhalarea particulelor de săruri de fier, *berilioza*, provocată de beriliu, metal folosit la fabricarea lămpilor fluorescente, *bisinoza*, datorită inhalării de pulbere vegetală de către cei care lucrează la prelucrarea bumbacului etc. Semnele pneumoconiozelor sînt șterse la început; abia în fazele mai avansate se instalează dispneea; de aceea, mijlocul cel mai important pentru descoperirea timpurie a bolii îl constituie radioscopia și radiografia care se practică în cadrul controlului periodic la toți muncitorii din industriile susceptibile de a provoca pneumonioză. Un diagnostic precoce este foarte important, pentru a feri muncitorul de complicația de temut a tuberculozei asociate (în silicoză mai ales).

pneumonie, inflamație a alveolelor pulmonare interesînd o zonă limitată sau un lob întreg al plămînului. Boala este provocată de germeni diverși (pneumococ, streptococ, stafilococ) și favorizată de frig, umezeală, surmenaj. Începutul pneumoniei are loc, de regulă, cu un frison urmat de o creștere mare de temperatură; alteori, acest început constă într-o stare de oboseală însoțită de guturai care este luată drept „o stare gripală". În ziua următoare frisonului sau după cîteva zile de așa-zisă gripă se instalează un junghi toracic, dispnee pronunțată și tuse seacă, chinuitoare. Curînd tusea devine umedă, pierzînd caracterul supărător și aducînd după sine o expectorație caracteristică, vîscoasă și ruginie. Febra se menține ridicată 7—10 zile, după care scade, fie brusc în criză, fie treptat. Examenul radiologic confirmă prezența focarului pneumonic pe care l-a constatat medicul pe baza semnelor generale și a celor reieșite din examinarea bolnavului. În ultimii ani s-au semnalat frecvent unele pneumonii denumite atipice provocate de virusuri și în care inflamația interesează mai puțin alveolele și mai mult țesutul fibros al plămînului. Lor le aparțin semnele mai șterse, care le fac să fie luate drept stări gripale. La examenul radiologic, în locul focarului de pneumonie se constată prezența unor dungi fine care pleacă dinspre hilul pulmonar spre periferie, asemănătoare unor „mustăți" sau unui „păr pieptănat". *Tratamentul* pneumoniei constă în administrarea de antibiotice (penicilină, aureomicină, cloramfenicol), vitamină C, expectorante, piramidon și revulsive locale (prișnițe, ventuze).

pneumoterapie, metodă care folosește în scop terapeutic inspirarea aerului comprimat sau rarefiat. Aerul comprimat concentrează oxigenul atmosferic corespunzător presiunii respective, ceea ce îmbunătățește oxigenarea sîngelui la nivelul alveolelor pulmonare. Totodată creșterea presiunii atmosferice ușurează inspirația la bolnavii cu stări patologice respiratorii. Aerul rarefiat are efecte contrarii; el ușurează expirația la bolnavii care au tulburări ca emfizemul pulmonar de pildă. Pneumoterapia se practică cu ajutorul camerelor pneumatice și a aparatelor pneumatice individuale de respirație alternativă. Nu se indică tratament

cu aer comprimat sau rarefiat la bolnavii circulatori decompensaţi, în angina pectorală, tuberculoza pulmonară evolutivă, hemoragiile respiratorii.

Cameră pneumatică

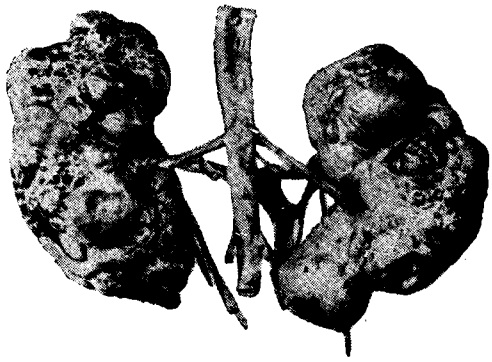
pneumotorax spontan, afecţiune caracterizată prin prezenţa de aer în cavitatea pleurală. Începutul bolii survenind cu prilejul unui mic efort respirator (de exemplu, tuse) şi fiind tradus printr-o durere toracică atroce, dispnee impresionantă şi senzaţie de greutate în piept. Se mai asociază o stare de şoc, cu răcirea extremităţilor, învineţeală, transpiraţii reci, anxietate. Mersul mai departe al fenomenelor este variat; acestea pot progresa (pneumotorax cu supapă) sau dimpotrivă să se reducă treptat, pe măsură ce aerul se resoarbe de la sine. *Tratamentul* pneumotoraxului are la început un caracter de urgenţă: morfină, oxigen, pentazol şi, dacă asfixia progresează, puncţie pleurală pentru evacuarea aerului. După ce au trecut fenomenele acestea se continuă cu tratamentul de bază, constituit aproape de regulă din tuberculostatice, deoarece cel mai frecvent rămîne *pneumotoraxul tuberculos.*

pojar (rujeolă), boală infecto-contagioasă acută endemo-epidemică, foarte frecventă la copii, caracterizată clinic prin febră, catar al mucoaselor, exantem şi enantem caracteristice. *Contagiozitatea* este foarte mare, 95%. *Agentul patogen* este un virus foarte puţin rezistent în mediul extern, care se găseşte în secreţiile lacrimale, rino-faringiene şi în sîngele bolnavului. *Sursa de infecţie*: omul bolnav în ultimile zile ale perioadei de incubaţie şi în perioada eruptivă. *Calea de transmitere*: aerogenă. *Incubaţia*: este asimptomatică, durează 10—12 zile (minimum 9 zile, maximum 14 zile). Cînd se administrează bolnavului gamma-globulină în timpul perioadei de incubaţie, aceasta se poate prelungi pînă la 28 de zile. Uneori, la sfîrşitul perioadei de incubaţie, pot apărea subfebrilitate, uşor catar nazo-faringian şi conjunctival, bolnavul devenind contagios. *Invazia* este perioada preeruptivă de 3—4 zile. Începe adesea brusc, cu febră timp de 2—3 zile (39—40°). În ajunul apariţiei erupţiei, scade pentru o zi, apoi creşte o dată cu instalarea erupţiei (curbă de aspect bifazic). Starea generală se înrăutăţeşte, apar dureri de cap, inapetenţă, oboseală, dureri musculare, catar al mucoaselor, datorită apariţiei erupţiei la nivelul lor (enantem). Bolnavul are ochii roşii, înlăcrimaţi, pleoapele uşor umflate, ca şi cum ar fi plîns, îl supără lumina şi de aceea stă cu pleoapele pe jumătate închise; îi curge nasul, strănută. Catarul cuprinde descendent şi restul mucoasei respiratorii, vocea este răguşită chiar afonă (laringele inflamat), tuse frecventă chinuitoare (bronhiile şi traheea sînt prinse) şi uneori pneumonii interstiţiale (plămînul). Pe mucoasa bucală, în dreptul molarilor, vom vedea un semn caracteristic, care constă în apariţia unor pete mici albe, de mărimea unei gămălii de ac (ca grăunţele de griş), răspîndite pe mucoasa roşie (semnul Filatov-Koplik, care durează 2—3 zile). Fundul gîtului este roşu-aprins, iar pe vălul palatin se văd pete punctiforme roşii-vişinii, care corespund unor mici hemoragii pe mucoase. *Perioada de stare* (eruptivă) durează 5—6 zile şi este dominată de apariţia exantemului (erupţie). Erupţia apare la 3—4 zile de la începutul bolii, întîi în dosul urechii, apoi pe faţă şi pe gît. În ziua următoare apare un nou puseu eruptiv, care cuprinde toracele, abdomenul, iar după 3—4 zile se extinde la membre. Exantemul este format din macule roşii (pete roşii) catifelate şi care dispar la presiune, cu contur bine delimitat, de diferite mărimi şi uşor reliefat. De obicei, petele confluează, dar cu piele sănătoasă între ele. În această perioadă, temperatura, fenomenele catarale, se accentuează, durează 3—4 zile, după care încep să scadă treptat. În caz de administrare de gamma-globuline în perioada de incubaţie, boala poate lua o formă uşoară, atenuată. Rujeola necomplicată se vindecă totdeauna. Complicaţiile cu bronhopneumonie, encefalită, laringită rujeolică, otită dau caracterul de rujeolă severă. *Perioada de descuamaţie* (sau piele pigmentată) corespunde cu convalescenţa. *Profilaxie*: rujeola face parte din grupa B a bolilor transmisibile (declararea numerică, izolare la spitalul de boli contagioase numai în formele complicate). *În focar*, depistarea precoce. *Izolarea* şi *suspectarea contacţilor* sînt necesare. Pentru copiii contacţi şi sub 3 ani sau cu alte boli se face profilaxie cu gamma-globulină (sau sînge total de adulţi sau ser de convalescent). *Tratamentul* igieno-dietetic constă în izolarea bolnavilor. Se va da atenţie îngrijirii tegumentelor şi mucoaselor. Se fac gargarisme cu ceai de muşeţel, instilaţii

nazale şi oculare cu soluţie de acid boric sau protargol 2%. Camera bolnavilor trebuie să fie bine aerisită (18—20°). În perioada febrilă se dă regim lacto-hidric şi fructe. După scăderea febrei, regim obişnuit. Ca tratament simptomatic se administrează piramidon şi împachetări în caz de febră, calmante ale tusei (codeină, dionină), expectorante (infuzie). Tratamentul complicaţiilor se face numai la spital (antibiotice, sedative, ser de convalescent).

poliartrita cronică evolutivă, boală inflamatoare, nesupurativă, a mai multor articulaţii, cu evoluţie cronică către deformaţii şi anchiloze, responsabilă din această cauză de mari invalidităţi. Această boală se întîlneşte în 80% dintre cazuri la persoane între 20 şi 50 de ani, mai frecvent la femei de cît la bărbaţi. Începutul bolii este mai totdeauna lent şi înşelător: bolnavii se plîng de dureri reumatice însoţite de stări nervoase, cu iraşcibilitate şi insomnii. Uneori, ei au ca semne de început: lipsa poftei de mîncare, pierderea în greutate, febră moderată, transpiraţii la mîini şi picioare. Această stare se instalează de obicei după o infecţie generală, oboseală, un şoc emoţional sau o expunere prelungită la frig. Dacă se pune diagnosticul în această perioadă şi se aplică tratamentul, atunci se poate evita instalarea unei invalidităţi articulare. Această fază poate să dureze luni şi ani, fără să apară manifestări articulare persistente. Progresiv apar tumefieri articulare simetrice, care prind pumnii, genunchii şi mai ales degetele mîinii, ce iau aspectul caracteristic de fus. Urmează perioada de deformare şi de anchiloză a articulaţiilor, cu incapacitate funcţională şi stare de epuizare generală. Dar nu numai articulaţiile sînt prinse în acest stadiu avansat al bolii; muşchii din jurul lor se topesc progresiv, lăsînd să iasă şi mai bine în relief deformarea articulaţiilor. Avînd în vedere grava infirmitate la care poate conduce poliartrita cronică evolutivă, se impune ca diagnosticul ei să fie pus în stadiile de început, atunci cînd tratamentul este mai eficace şi procesul de deformare şi anchilozare a articulaţiilor nu s-a instalat încă. *Tratamentul* urmăreşte în primul rînd suprimarea durerii, care se obţine cu ajutorul aspirinei, piramidonului, salicilatului. Injecţiile cu săruri de aur, bine adaptate fiecărui caz în parte, cortizonul şi derivaţii lui, antimalaricele de sinteză, ca şi injecţiile cu hidrocortizon la nivelul articulaţiei bolnave, reduc procesul inflamator şi permit aplicarea unui complex de măsuri menite să redea articulaţiei funcţia compromisă. Repausul la pat trebuie combinat cu exerciţii de mişcare a articulaţiei bolnave. Aceste exerciţii se adresează articulaţiilor la care procesul de îmbolnăvire manifestă oarecare semne de regresare şi au în permanenţă în vedere să nu obosească bolnavul. Mişcările sînt ajutate de masaj sau aplicare de căldură locală (împachetări cu parafină, băi de lumină). Tot în perioadele de liniştire a bolii se indică tratament balnear la Tekirghiol, Govora, Herculane, Bazna, Amara. Cînd cu toate aceste măsuri boala a dus la deformaţii articulare definitive importante, se recurge la tratamentul ortopedic sau chirurgical.

polichistică renală (boala), boală congenitală caracterizată prin transformarea parenchimu-

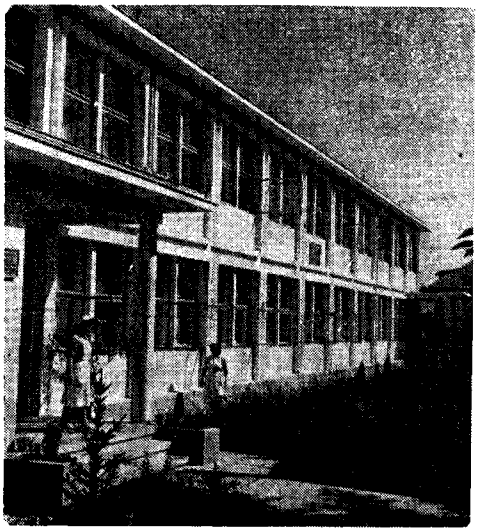


Rinichi polichistici.

lui renal în numeroase chisturi de diferite mărimi. Este bilaterală şi de multe ori coexistă şi cu alte anomalii (chisturi hepatice). Aspectul rinichilor polichistici este caracteristic, suprafaţa fiind presărată cu numeroase chisturi care dau aspectul de ciorchine de strugure. Clinic, se manifestă prin semnele unei scleroze renale (poliurie, densitatea scăzută a urinii 1 004—1 006, hipertensiune arterială), ale unei nefrite albuminice (dureri lombare, edeme, albumină în urină) sau prin hematurii. De multe ori este descoperită întîmplător, cu ocazia unui examen medical. La palpare se simt rinichii mult măriţi de volum, cu suprafaţa neregulată. Diagnosticul de siguranţă se pune prin examenele radiologice. Evoluţia este lentă şi progresivă. Funcţia renală scade treptat, ducînd la insuficienţă renală, în general în jurul vîrstei de 50 de ani. Prin tratamentul medical care urmăreşte protejarea rinichiului prin repaus şi regim alimentar se obţin supravieţuiri chiar peste vîrsta de 60 de ani.

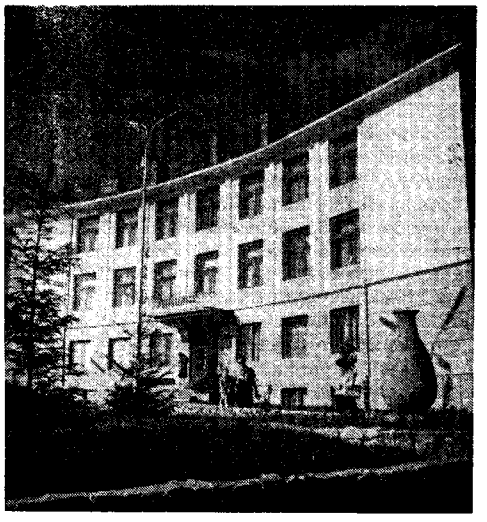
policlinică, unitate medicală de mare însemnătate în acordarea asistenţei de specialitate bolnavilor care se pot deplasa. Policlinica (de adulţi, de copii, de întreprindere) deserveşte un anumit teritoriu şi este împărţită în servicii de specialitate (medicină internă, chirurgie, obstetrică-ginecologie, urologie, dermato-venorologie, oto-rino-laringologie, oftalmologie, stomatologie, neurologie, endocrinologie, cardiologie, gastro-enterologie, reumatologie, radiologie, laborator, fizioterapie, expertiza medicală a capacităţii de muncă etc.), care primesc, pe baza unor bonuri de ordine, bolnavii care s-au înscris la fişier şi îşi aşteaptă rîndul în mod disciplinat. Bolnavii grav au prioritate. Pentru bolnavii care solicită asistenţa policlinicii este

deosebit de avantajos sistemul reținerii dinainte a orei de consultație. Policlinica dirijează activitatea profilactică pe teritoriul ei, acordînd



Policlinică nou-construită la Titu.

sprijin și îndrumare prin specialiștii ei circumscripțiilor sanitare aferente. Totodată, organizează serviciul de gardă pentru cazurile care survin în afara orelor de program și pentru soluționarea urgențelor la domiciliu.



Policlinică nou-construită la Suceava.

poliglobulie, sporire a numărului de globule roșii din sînge dincolo de limitele fiziologice (peste 5 000 000—5 500 000 pe mm³). Poliglobulia poate fi *simptomatică* atunci cînd oxigenarea globulelor roșii în plămîni este deficitară, ca în poliglobulia de altitudine, sclerozele pulmonare, malformațiile congenitale ale inimii, insuficiența cardiacă etc. *Poliglobulia adevărată* este însă o boală de sine stătătoare, în care numărul eritrocitelor depășește 7 000 000 pe mm³. Caracteristic pentru această boală este roșeața vineție a feței, mucoaselor și a palmei. Bolnavii au dureri de cap, senzație de căldură în obraji, vîjîieli în urechi. Cînd boala avansează, circulația sîngelui se îngreunează, apărînd dispnee și uneori hemoragii sau tromboze. În *tratamentul* acestei poliglobulii se folosește fosforul radioactiv.

polinevrită, boală caracterizată prin pareza sau paralizia simetrică a membrelor, mai ales a picioarelor, însoțită de amorțeli, arsuri, furnicături și în special dureri la apăsarea mușchilor în aceleași locuri unde există și deficitul motor, din cauza unor infecții (îndeosebi difterie, febră tifoidă, gripă), intoxicații (prin consum de băuturi alcoolice în cantități mari sau consum zilnic de cantități moderate, la alcoolicii cronici, prin ingerarea de arsenic, taliu, plumb, accidental sau prin lipsa măsurilor de protecție a muncii, la tipografi, vopsitori) carențe (lipsă) de vitamine prin alimentație deficitară (avitaminoza B_1 prin consum de orez decorticat mai ales la popoarele din țările calde, avitaminoza PP sau pelagra, boli cronice cașectizante care duc la producerea de toxine în organism, ca diabetul, uremia, cancerul, cauze alergice, extrem de rare, prin sensibilizarea organismului la unele medicamente, alimente, seruri, vaccinuri, boli degenerative, în foarte rare cazuri, datorită unor tulburări de metabolism. O boală asemănătoare cu polinevrita este poliradiculonevrita, a cărei cauză este în special virotică, cînd vorbim de poliradiculonevrită primitivă, cea secundară avînd de obicei aceleași cauze cu polinevrita. Diagnosticul îl poate preciza numai medicul. Boala se vindecă dacă se înlătură la timp cauza și se face un tratament corespunzător (antibiotice după germenul care a generat-o, vitamine B_1, B_{12}, PP). Polinevritele degenerative nu au tratament curativ (de vindecare), ci numai de întărire a organismului.

poliomielită, boală infecțioasă acută, care atacă sistemul nervos, în special materia cenușie a măduvei spinării. Deoarece poliomielita se întîlnește mai frecvent la copii și în cazurile grave se caracterizează prin paralizii, boala este denumită și paralizie infantilă. Prima epidemie a fost observată de Bell, în Insula Sf. Elena, în 1834. În 1840, Heine delimitează boala și-i dă denumirea de paralizie spinală infantilă, iar Medin din Stockholm redă o descriere corectă al stadiului acut al bolii, de unde denumirea și de boală Heine-Medin. La începutul secolului al XX-lea, poliomielita a început să apară mai frecvent, uneori sub formă de mari epidemii. Astfel de epidemii au izbucnit în țările scandinave, Germania și S.U.A.

De exemplu, în S.U.A., între 1950 şi 1956 s-au înregistrat peste 190 000 de cazuri la copii şi adulţi, în Danemarca, în 1952, 5 000 de cazuri, într-o perioadă scurtă. Începînd din 1927 s-au observat izbucniri epidemice de poliomielită şi în ţara noastră. În R.P.R., au fost în 1957 un număr de 5 400 de cazuri. Agentul patogen al poliomielitei face parte din microorganismele cele mai mici — virusuri. Cercetînd virusul poliomielitei la microscopul electronic, s-a putut stabili că are o formă sferoidală şi o mărime de circa 25—32 milimicroni. El rezistă un timp îndelungat în apă, lapte, se găseşte în apele de scurgere. Virusul moare după o fierbere de 10—12 minute; de asemenea, piere în soluţie de hipermanganat de potasiu (1 : 1 000) şi de apă oxigenată (1 : 100). Virusul poliomielitei este de trei tipuri: I, II şi III. Formele cele mai grave de paralizii sînt provocate de tipul I. Contaminarea se poate produce prin contact direct cu bolnavul sau cu purtătorul de virus (vezi purtător de germeni). Un rol mare în răspîndirea bolii îl au apele de scurgere şi sursele de apă potabilă infectate. De obicei, virusul pătrunde în organism prin aparatul digestiv, mai rar prin căile respiratorii. Boala este mai frecventă vara şi toamna; cazuri izolate se observă iarna şi primăvara. Se îmbolnăvesc în special copiii între 2 şi 7 ani; mai rar copiii mai mari şi adulţii. *Incubaţie*: se face între 2 şi 21 de zile; este asimptomatică. Incubaţia este scurtă în formele bulbare care apar după amigdalectomiile făcute în perioada epidemică. *Invazia* sau *perioada prodromală*: temperatura creşte pînă la 38—39° şi mai mult, apar fenomene catarale (guturai şi traheită), ca în gripă; se observă, de asemenea, tulburări gastrointestinale. *Perioada de latenţă*: după 2—4 zile, simptomatologia bolii cedează complet timp de 1—4 zile. *Perioada de stare.* Temperatura creşte din nou. Distingem în această perioadă alte două subperioade şi anume: *perioada preparalitică*, ce durează în medie de la cîteva ore la 5—10—14 zile, care uneori poate să lipsească, boala trecînd direct în *perioada paralitică*. În a 3-a—a 5-a zi de boală apar tulburări motorii: pareza (paralizia parţială) sau paralizia unuia sau mai multor membre. O dată cu dezvoltarea simptomelor amintite pot apărea diferite senzaţii dureroase, care îngreunează mişcările şi bolnavii sînt nevoiţi să stea în poziţii silite. Se pot observa dureri articulare ceea ce face ca poliomielita să fie luată drept reumatism. Manifestarea simptomelor descrise în perioada incipientă este legată de acţiunea generală a virusului în timpul circulaţiei lui în sînge şi în intestin. Parezele şi paraliziile apar în urma lezării diferitelor sectoare ale sistemului nervos, în special ale materiei cenuşii din măduva spinării. Dacă inflamaţia cuprinde unele sectoare ale sistemului nervos superior, ca de exemplu bulbul în care sînt situaţi centrii respiratori şi al circulaţiei, pot surveni tulburări de respiraţie (pînă la paralizarea ei) şi de circulaţie, cu o creştere considerabilă a temperaturii sanguine. Dacă este atacat creierul, pot apărea simptome de encefalită (inflamaţia creierului), convulsii, stare de somnolenţă, afecţiuni ale nervilor cranieni (facial, oculomotor). Dacă sînt atinse membranele cerebrale (meningiene) apar simptome de meningită, dureri de cap, vărsături, încordarea muşchilor cefii etc.; *perioada de retrocedare a paraliziilor şi de recuperare.* În cazurile benigne, după 7—14 zile, chiar şi simptomele grave pot dispărea complet sau pot rămîne doar unele sechele neînsemnate; în cazurile grave rămîn pareze şi paralizii stabile, care cer un tratament îndelungat, iar funcţiile pierdute se compensează prin aparate ortopedice. Afecţiunile ireversibile ale bulbului pot duce la moarte, ceea ce se întîmplă mai rar. Anderson dă numărătoarea statistică pentru recuperare: a) paralizii minime, recuperare 100%; b) paralizii moderate, recuperare 70,5%; c) paralizii severe, recuperare 27,7%. Recuperarea este minimă în primele 3 luni 50%, în primul an 75% şi restul de 25% în al II-lea şi al III-lea an. *Perioada de sechele*: atrofii, tulburări trofice, definitive. *Tratamentul* se aplică numai în spital. O mare importanţă o au gimnastica medicală şi masajul, practicate sistematic. În cazurile grave cu tulburări respiratorii şi de deglutiţie se prescriu oxigen, respiraţie artificială cu ajutorul unor aparate speciale — plămînul de oţel — diatermie. Peste 3—4 luni, dacă paralizia persistă, bolnavul este trimis în sanatorii speciale. Pentru tratamentul tulburărilor de respiraţie există spitale speciale, înzestrate cu aparatele cele mai moderne. *Profilaxia* constă în vaccinarea masivă şi în măsuri igienico-sanitare. *Vaccinarea* se face cu virus mort sau atenuat, supus unui tratament special. *Vaccinul mort Salk* (după numele savantului american J.Salk) se administrează intramuscular sau subcutanat, în trei rînduri, cu un interval de 4—6 săptămîni între prima şi a doua injecţie şi de 6—8 luni între a doua şi a treia. Rezultatele au fost bune, obţinîndu-se o protecţie de 80–90%. *Vaccinul cu virus viu sau atenuat* produs după metoda savantului american A. Sabin, printr-o tratare specială a virusului, s-a dovedit mai eficace. Acest vaccin se administrează mai uşor, se dă copiilor sub formă de picături de sirop, zahăr, sau sub formă de bomboană. Este preferabil să se întrebuinţeze metoda Ciumakov (U.R.S.S.), adică să nu se administreze în acelaşi moment o mixtură din cele 3 tulpini ale virusului, ci fiecare tulpină separat (monovaccin) la intervale de 4—6 săptămîni, deoarece nu toate tipurile au aceeaşi putere de multiplicare. Revaccinarea se face după 18 luni cu amestec trivalent. Vaccinarea se aplică după vîrsta de 3 luni; nu este recomandabilă în lunile de vară. Imunizarea pasivă (cu gammaglobuline) pentru copiii contacţi în spital, personalul sanitar etc. este de scurtă durată. Vaccinarea nu exclude însă obligaţia

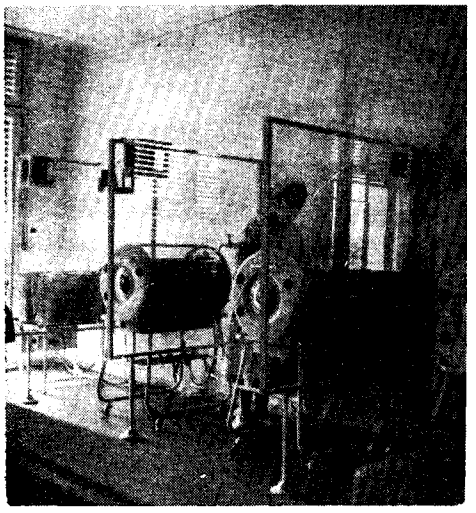
de a respecta cu stricteţe măsurile igieno-sanitare: curăţenia încăperilor, spălarea mîinilor, a fructelor, fierberea laptelui şi a apei, păstrarea curăţeniei în băi şi closete. Bolnavul este izolat de persoanele sănătoase şi internat în spital într-o secţie specială pentru tratament. Copiii care au avut contact cu un bolnav de poliomielită sînt ţinuţi timp de 21 de zile în carantină, în timpul căreia frecventarea şcolii, a grădiniţei, a creşei, contactul cu alţi copii sînt interzise. Se face dezinfecţia locuinţei bolnavului. Datorită măsurilor de combatere în masă (vaccinare), morbiditatea a scăzut foarte mult, ca fiind azi excepţională. Izolarea şi internarea bolnavilor la spitalul de boli contagioase sînt obligatorii. Supravegherea la domiciliu sau în colectivitate a contacţilor durează 21 de zile.

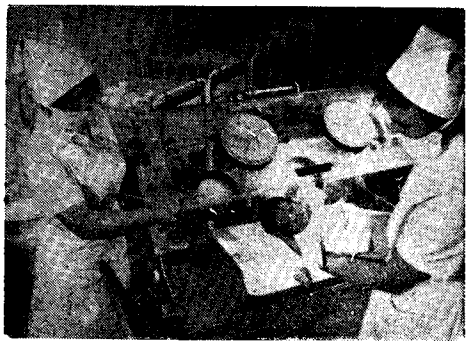
polipi, tumori benigne de origine epitelială. Prezintă o bază constituită din ţesut conjunctiv bogat în vase, ţesut care se prelungeşte în afară printr-un ax ramificat acoperit de epiteliu. La piele, se prezintă ca o mică tumoare, bine delimitată, de consistenţă dură. Se localizează mai frecvent pe pielea capului, în axilă, la nivelul toracelui sau în regiunea perineoanală. Pe degete se prezintă sub forma de papilom cărnos (negi). Papilomul mucoaselor se prezintă ca o tumoare moale, care sîngerează uşor (polip mucos) şi apare mai frecvent pe mucoasa vezicală, stomac, rect, laringe, limbă, obraz. Papiloamele se pot maligniza; de aceea trebuie extirpate chirurgical (sau prin electrocoagulare). Nu este bine să se încerce îndepărtarea polipilor superficiali prin mijloace improvizate.

Popp Vasile (1789—1842), medic şi bibliograf romîn din Transilvania. A obţinut doctoratele în filozofie şi în medicină la Viena. Teza sa de doctor în medicină, publicată în latineşte, „Despre obiceiurile populare de înmormîntare la romîni" (Viena, 1817), este o valoroasă lucrare de etnografie. O deosebită importanţă prezintă cartea sa „Despre apele minerale de la Arpătac, Bodoc şi Covasna" (Sibiu, 1821), cea dintîi scriere medicală ştiinţifică tipărită în limba romînă.

praf, particule fine ale unor corpuri solide care pot pluti în aer, deplasîndu-se la distanţe foarte mari şi depunîndu-se pretutindeni, în afara şi în interiorul locuinţelor. Praful este în general alcătuit dintr-un amestec de particule de pămînt, diferite roci, pietre de pavaj, fum, funingine, resturi de materii organice. În praful atmosferic mai pot fi întîlnite particule de praf cosmic şi praf vulcanic. Praful este nesănătos atît datorită acţiunii lui iritante asupra căilor respiratorii, cît şi prin aceea că serveşte ca suport pentru transportul şi pătrunderea în organism — pe cale respiratorie — a unor germeni patogeni (microbii tuberculozei ş.a.). De aceea, în întreţinerea igienică a locuinţelor sînt de mare însemnătate măsurile de îndepărtare şi de împiedicare a pătrunderii prafului. Pentru îndepărtarea prafului se recomandă ştersul umed (cu mătura udă sau cu cîrpă muiată în apă şi stoarsă). Măturatul uscat este neigienic, făcînd să crească de cîteva ori numărul germenilor ce plutesc în aerul încăperilor. Pentru mobila care s-ar strica prin ştersul umed este bine să se întrebuinţeze o cîrpă moale, păroasă, care reţine bine praful. Curăţenia se face numai cu ferestrele deschise. Covoarele şi mobila tapisată (fotolii, divane) se scot afară de cîteva ori pe an şi se bat bine. Cea mai bună şi igienică îndepărtare a prafului se obţine cu ajutorul aspiratorului electric. Spre a împiedica pătrunderea prafului în casă, se instalează la intrare un ştergător bun pentru curăţirea încălţămintei, iar paltoanele sau pardesiile se lasă în afara încăperilor locuite, în vestibul sau pe coridor. *Praful industrial* se formează în cursul procesului de producţie în diferite întreprinderi (industria minieră, metalurgică, textilă etc.), putînd avea o acţiune vătămătoare asupra sănătăţii muncitorilor, dacă nu se iau măsurile de protecţie cuvenite. În întreprinderile din ţara noastră se aplică numeroase măsuri de protecţie a muncitorilor împotriva prafului industrial, prin forajul umed, instalaţii de ventilaţie şi de aspirare a prafului, etanşeizarea unor maşini în care se produce praf, măşti individuale. De asemenea, se face periodic controlul sănătăţii muncitorilor care lucrează în mediu cu praf, pentru a se surprinde de la început orice modificare la nivelul aparatului respirator şi orice îmbolnăvire. Se caută a se depista în special primele semne de silicoză — îmbolnăvire produsă de aspirarea prafului bogat în siliciu (mine de cărbuni, fabrici de ciment, de cărămizi).

prematuritate, conform unei convenţii internaţionale este numit prematur orice copil născut viu care la naştere are o greutate sub 2 500 g şi o lungime sub 45 cm. Datorită progreselor pediatriei moderne pot fi viabili şi copii cu o greutate la naştere de 800—900 g (se citează în mod excepţional copii de 600 g care au supravieţuit). Asemenea copii pot fi născuţi cu adevărat înainte de termen dar pot fi născuţi şi la termen, după ce au prezentat o tulburare de dezvoltare în viaţa intrauterină (imaturi); uneori este greu de făcut această distincţie. Frecvenţa prematurităţii este variabilă: cam 5—10% din toţi nou-născuţii sînt prematuri. Prematuritatea este mai frecventă în oraşele mari decît la sate. Cauzele prematurităţii sînt multiple: boli generale ale mamei (boli infecţioase, boli de rinichi, boli de inimă), boli ale uterului, munca fizică prea grea în timpul sarcinii etc. În multe cazuri, cauza prematurităţii este necunoscută. Pericolele de care sînt ameninţaţi prematurii sînt datorite traumatismelor de la naştere (hemoragii, asfixie), lipsei de adaptare la condiţiile vieţii extrauterine, lipsei de rezistenţă la infecţii. Semnele de prematuritate sînt: a) *morfologice*: copilul este slab, are pielea uscată, zbîrcită şi acoperită cu un păr fin (lanugo); ţesutul gras subcutanat este diminuat sau absent, unghiile sînt scurte, organele genitale sînt rudimentare; b) *funcţionale*: respiraţia este





În incubator, prematurului i se asigură condiții optime de dezvoltare.

frecventă și neregulată, strigătul este slab, copilul are tendință la pierdere de apă (deshidratare) sau acumulare de apă (edem), temperatura corpului este insuficient reglată (copilul poate fi ușor răcit sau supraîncălzit), suge prost, înghite prost, oboselește repede, are toleranță digestivă redusă. Din aceste motive, prematurul necesită îngrijiri speciale, care nu pot fi asigurate decît în secții spitalicești special amenajate și dotate cu personal bine calificat. În linii mari, îngrijirile constau în: a) menținerea constantă a temperaturii corpului (în paturi încălzitoare speciale — incubatoare); b) acoperirea nevoilor de oxigen și supravegherea respirației (la nevoie se administrează oxigen); c) prevenirea infecțiilor (izolare în saloane speciale, respectarea unor reguli stricte de igienă); d) alimentație sub formă de mese mici și repetate (de 10 ori pe zi), uneori administrate pe sondă (cînd copilul nu suge); baza alimentației este laptele de mamă. Mortalitatea prematurilor este în general cu atît mai mare, cu cît greutatea lor este mai mică; din prematurii sub 1 000 g trăiesc cam 10%; din cei între 1 000 și 1 500 g supraviețuiesc cam 50%; din cei între 1 500 și 2 000 g trăiesc cam 80%; din cei între 2 000 și 2 500 g trăiesc cam 95% (cifre aproximative). Unii prematuri care supraviețuiesc pot prezenta ulterior tulburări în funcția unor organe sau sisteme, în special tulburări neurologice (dezvoltare intelectuală întîrziată, convulsii). Prevenirea prematurității se face prin supravegherea medicală a gravidelor, pentru depistarea la timp a sarcinilor patologice și aplicarea tratamentului corespunzător.

preventoriu, instituție medicală antituberculoasă pentru adulți, tineri sau copii care nu necesită o internare într-un sanatoriu de specialitate, dar au nevoie pentru un anumit timp de o cură de întremare, sub supraveghere medicală directă.

prezbiție, slăbirea, cu vîrsta, a puterii de acomodație a cristalinului. Obiectele situate la mică distanță (30 cm) nu mai sînt văzute clar. Pentru a vedea clar un text sau un obiect, prezbitul mărește distanța, îndepărtînd de ochi textul sau obiectul care este privit. În mod obișnuit, prezbiția apare după vîrsta de 40 de ani. În cazurile de hipermetropie, fenomenul de prezbiție apare mai de vreme, iar în miopie apare mult mai tîrziu. Pentru a suplini această deficiență a acomodației, prezbitul trebuie să poarte ochelari cu lentile convergente. Dioptriile trebuie mărite la 2—3 ani, pînă la vîrsta de 60—65 de ani, cînd acomodația încetează practic de a mai funcționa și dioptriile rămîn staționare.

priapism, stare patologică caracterizată prin erecții persistente, dureroase, care apar independent de libido și nu sînt urmate de ejaculare. Pot dura săptămîni sau se pot manifesta sub formă de accese, care durează cîteva ore sau zile. Infiltrația patologică cu sînge a corpilor spongioși poate avea diferite cauze: infecții (cavernite, flebite ale penisului), traumatism al penisului (lovitură, act sexual brutal), stază venoasă datorită unui cancer al penisului sau uretrei. Poate să apară ca manifestare a unei iritații a centrilor erectori în cursul unor leziuni organice ale măduvei (hematomielie, tabes) sau pe cale reflexă, punctul de plecare fiind excitații pornite de la uretra posterioară, așa cum se întîmplă în cursul prostatitelor, verumontanitei sau adenomului de prostată. De asemenea poate apărea ca o manifestare a leucemiei. În priapismul de durată, după revenirea la normal a penisului apare impotența definitivă. Tratamentul este în funcție de cauzele care provoacă priapismul. La acesta se vor adăuga: anestezie locală sau rahianestezie, calmante (bromuri, largactil), lipitori la baza penisului, incizii ale corpilor cavernoși.

prim ajutor; pentru evoluția stării unui bolnav sau accidentat, primul ajutor, acordat pînă

la intervenţia medicului, are o importanţă hotărîtoare. Eficienţa primului ajutor este condiţionată de următorii factori: rapiditatea acordării (în raport cu momentul îmbolnăvirii sau accidentului); calitatea lui, în funcţie de priceperea celui ce îl acordă şi de existenţa la îndemînă a materialelor necesare; calmul cu care se lucrează; transportul imediat şi confortabil la unitatea medicală cea mai apropiată. În ridicarea calităţii primului ajutor este de mare însemnătate acţiunea Crucii Roşii a R.P.R. de instruire în masă a populaţiei prin cursurile G.P.A.S. şi de echipieri sanitari şi de organizare a formaţiunilor sanitare de Cruce Roşie (vezi grupă sanitară), oricînd gata să acorde prompt un prim ajutor de calitate.

Prim ajutor la locul de muncă.

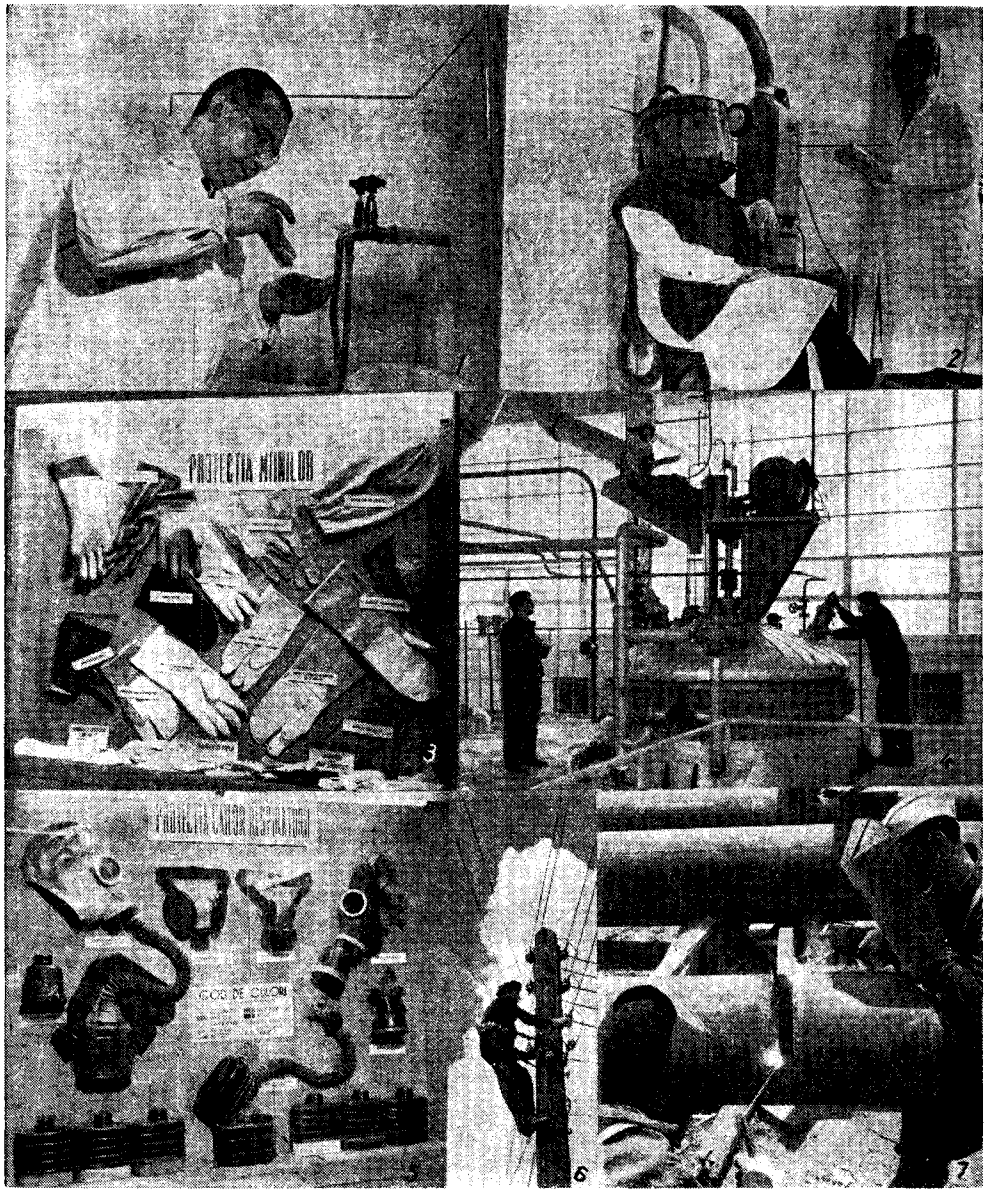
prişniţe, procedură denumită astfel după cel care a imaginat-o, ţăranul silezian Vincenz Priessnitz. Este vorba de compresе stimulante din pînză înmuiată în apă rece, stoarsă bine şi aplicată pe locul tratat — torace, abdomen — şi acoperite cu o bucată de pînză uscată; se menţin 2—4 ore şi mai mult pe locul unde au fost aplicate. Prişniţul se recomandă în inflamaţiile organelor toraco-abdominale.

profilaxie. În înţelesul ei deplin, noţiunea de profilaxie nu se limitează la prevenirea îmbolnăvirilor, ci înglobează tot ce se întreprinde pentru a apăra şi *a întări* sănătatea oamenilor, pentru a prelungi durata vieţii. Preocuparea pentru profilaxie constituie azi trăsătura dominantă a întregii activităţi medicale în ţara noastră, fiind unul din principiile de bază ale organizării socialiste a ocrotirii sănătăţii. În practică, aplicarea principiului profilaxiei se bazează pe un complex de măsuri medicale, economice, gospodăreşti, culturale, educative, înfăptuite de stat cu participarea largă a populaţiei.

prolaps, coborîrea unui organ perineal şi apariţia lui la exterior (prolaps uterin, rectal). Uneori numai mucoasa unui conduct poate coborî şi să apară la exterior (prolaps al mucoasei rectale, al mucoasei uretrale). Prolapsul uterin se datoreşte scăderii tonusului musculaturii perineale sau unei rupturi din timpul naşterilor. Beneficiază de *tratament* chirurgical. Prolapsul rectal poate fi parţial cînd numai mucoasa coboară şi apare la exterior, sau total, cînd rectul iese la exterior, cu toate tunicile. Beneficiază de *tratament* chirurgical.

prostatită, inflamaţie a prostatei. Poate fi acută sau cronică. Microbii cauzali sînt mai ales stafilococul, gonococul, streptococul, enterococul, colibacilul. Punctul de plecare obişnuit este uretra prostatică, în uretrite sau un focar stafilococic cutanat (furuncul, panariţiu, piodermită) sau apare ca o localizare în cursul unei boli generale (gripă, septicemii). *Prostatita acută* apare brusc cu febră, uneori frisoane, dureri perineale, micţiuni frecvente, greutate în micţiune, uneori retenţie acută completă de urină; urina este tulbure, cînd apare ca o complicaţie a unei uretrite, dar poate fi limpede în celelalte cazuri. Diagnosticul se pune la tactul rectal, găsindu-se o prostată mărită de volum, foarte dureroasă. Poate evolua spre supuraţie, constituindu-se un abces de prostată, care va necesita evacuarea lui. *Prostatita cronică* este urmarea unei prostatite acute sau a unei infecţii atenuate cu punct de plecare uretral. Simptomatologia este săracă, bolnavul prezentînd vagi dureri perineale şi mai ales tulburări genitale: ejaculare precoce sau întîrziată, cantitatea diminuată a lichidului de ejaculare. Diagnosticul se pune la tactul rectal, prostata fiind de obicei mai mare şi cu zone de consistenţă crescută. La uretrografie apar la nivelul uretrei prostatice traiecte diverticulare, care reprezintă mici abcese fistulizate în uretră. *Tratament*: în prostatita acută, antibiotice, în funcţie de antibiograma germenului găsit la urocultură sau în puroiul extras prin puncţie, clisme cu antipirină (1 g la 50 ml ceai de muşeţel cald). *Prostatita tuberculoasă*, localizarea bacilului Koch în prostată în cursul unei tuberculoze urinare sau genitale. Simptomatologia este asemănătoare cu a prostatitei cronice. *Tratamentul* este antituberculos.

protecţie sanitară (a aerului, apei, solului), ansamblu de măsuri avînd scopul de a feri de impurificare aerul, apa şi solul, componente de prim ordin ale mediului fizic în care se desfăşoară traiul şi munca oamenilor. Măsurile de protecţie sanitară în acest domeniu au o mare importanţă în apărarea populaţiei împotriva îmbolnăvirilor şi sînt prevăzute în legislaţia



1. Pastă de spălat mîinile; *2.* Mască de protecție contra prafului; *3.* Mănuși de protecție; *4.* Etanșeizarea procesului de producție pentru prevenirea răspîndirii gazelor toxice; *5.* Măști de protecție; *6.* Centura de siguranță este un mijloc de protecție a muncii care exclude riscul în munca la înălțime; *7.* Protecția muncii la sudură.

sanitară a țării. Astfel de măsuri sînt: planificarea și sistematizarea centrelor populate în concordanță cu cerințele igienice, evaluate prin metode științifice; amplasarea judicioasă a întreprinderilor industriale față de cartierele locuite; înzestrarea întreprinderilor cu mijloace tehnice care exclud impurificarea aerului cu fum, gaze toxice, praf industrial sau substanțe radioactive; stabilirea de zone de protecție sanitară a surselor de apă potabilă, în care nu se admite accesul oamenilor și animalelor; reglementarea sistemului canalelor pentru apele de scurgere provenite de la locuințe și de la întreprinderile industriale, controlul permanent al infestării acestor ape și luarea măsurilor de purificare și dezinfecție a acestora; reglementarea sistemului de evacuare, transport, depozitare și neutralizare a gunoiului menajer

provenit din centrele locuite. Măsurile de protecţie sanitară a aerului, apei şi solului sînt totdeauna prevăzute încă din faza iniţială a proiectării numeroaselor cartiere de locuinţe care se construiesc pretutindeni, precum şi a noilor oraşe care apar pe harta ţării.

protecţia muncii, ansamblul măsurilor de tehnică a securităţii şi de igienă a muncii, avînd ca scop asigurarea celor mai bune condiţii de muncă, prevenirea îmbolnăvirilor profesionale şi a accidentelor, reducerea efortului fizic, precum şi asigurarea unor condiţii speciale pentru cei care lucrează în munci grele şi foarte grele şi pentru munca femeilor şi tinerilor. În Republica Populară Romînă, protecţia muncii este problemă de stat. Stabilirea şi realizarea deplină a măsurilor de protecţia muncii cad în sarcina celor ce conduc, organizează şi controlează producţia, de la miniştri şi conducătorii organelor centrale de stat, pînă la ingineri, tehnicieni şi maiştri, la locul de muncă. Controlul asupra aplicării măsurilor de protecţia muncii este exercitat de Ministerul Sănătăţii şi Prevederilor Sociale, prin Inspecţia de stat pentru igienă şi protecţia muncii. Stabilirea măsurilor de protecţie a muncii se face cu antrenarea maselor largi ale oamenilor muncii, care participă şi la exercitarea controlului obştesc organizat de sindicate.

Laborator de proteze dentare.

proteinoterapie, injectarea unor substanţe care conţin proteine în scopul de a stimula funcţiile de apărare a organismului. Se practică în procese inflamatoare subacute, infecţii ale organelor genitale (salpingite, metrite) rebele la tratamentele obişnuite. În acest scop se folosesc: vaccinul polimicrobian Delbet, injecţii de lapte fiert (20 de minute). În urma acestor inoculări, organismul reacţionează prin febră cu frison, stare generală alterată, roşeaţă cu durere la locul injecţiei. Preparatele cu proteine mai sînt folosite şi pe cale bucală (Peptonă, Peptocolin) pentru desensibilizare (vezi alergie).

proteză, piesă cu care se înlocuieşte, total sau parţial, un element anatomic extirpat. Poate fi: dentară, a membrelor inferioare sau superioare, a ochiului. Are valoare funcţională sau estetică. *Proteză oculară,* ochi artificial, confecţionat din sticlă sau material plastic, care se utilizează în caz de absenţă a unui glob ocular. Proteza oculară trebuie să aibă culoarea şi forma asemănătoare cu acelea ale ochiului sănătos. Dimensiunea sa trebuie să se adapteze la dimensiunea şi forma orbitei în care va fi aplicată. Pentru a se da mobilitate mai mare protezei, se pot fixa muşchii oculomotori pe o proteză sferică, peste care se aplică apoi proteza cu porţiunea colorată.

prurigo, boală cronică a pielii, care apare de obicei în prima copilărie. Erupţia se prezintă sub formă de vezicule mărunte, care provoacă mîncărimi puternice. Apare de obicei pe suprafaţa de extensie a membrelor, mai rar pe trunchi şi pe faţă. Din cauza scărpinării, regiunile respective sînt acoperite deseori de cruste sanguinolente. Datorită puseurilor frecvente de prurigo, porţiunile de piele atinse se îngroaşe, devin aspre, pigmentate. Este caracteristică mărirea ganglionilor limfatici inghinali. În timpul verii se observă ameliorări în evoluţia bolii. Boala apare deseori în legătură cu tulburări ale funcţiei intestinale (constipaţie), ale metabolismului, cu diferite intoxicaţii ale organismului. Un anumit rol îl au (la adulţi) tulburările funcţionale ale sistemului nervos central, ale funcţiilor glandelor cu secreţie internă şi diferiţi factori externi.

prurit vulvar, senzaţia de mîncărime intensă la nivelul vulvei şi perineului. Poate fi cauzat de secreţiile patologice ale vaginului, de tulburări hormonale, de afecţiuni generale (diabet, sifilis), de leziuni hepatice sau viermi intestinali. Apare mai ales în preajma menopauzei şi în timpul sarcinii. *Tratamentul* va fi pe cît posibil cauzal şi de calmare. În cazurile rebele se fac infiltraţii cu novocaină sau chiar rezecţia nervilor regiunii respective.

psihoterapie, complex de măsuri şi procedee de reeducare în special psihice pe care le ia medicul în vederea ameliorării sau vindecării bolilor psihice. Bolile psihice se manifestă fie

printr-o imagine falsă a realităţii (de exemplu, halucinaţiile), fie printr-o interpretare falsă a realităţii (de exemplu, delirul de persecuţie, de grandoare), fie printr-o creştere sau scădere a funcţiilor scoarţei cerebrale datorită solicitării ei deosebite şi îndelungate, sau printr-o serie de boli generale ce slăbesc organismul şi sistemul nervos central (boli ce produc leziuni ale creierului: encefalitele, alcoolismul, hemoragiile şi ramolismentele cerebrale, tumorile). *Tratamentul* bolilor psihice are în vedere, pe de o parte, agentul care a cauzat-o (microbi, hemoragii, tumori), iar pe de altă parte, reeducarea psihicului bolnavului, ceea ce se numeşte psihoterapie. Mijloacele sale sînt: condiţii de linişte, de optimism (acasă, la locul de muncă, în spital), iar ca metode mai speciale, munca perseverentă de lămurire a bolnavului în legătură cu tulburările psihice pe care le prezintă şi redarea încrederii acestuia în posibilităţile de vindecare, sugestionarea bolnavului care se face prin convorbiri sau prin hipnoză. Metoda dă rezultate bune, îndeosebi la bolnavii nevropaţi, care de multe ori nu se mai cred capabili de muncă, consideră că viaţa lor nu mai are nici un rost sau le este teamă permanent şi fără motiv să nu se îmbolnăvească grav. Prin aceste metode şi mai ales explicînd cu răbdare bolnavului cauzele bolii, psihoterapia poate duce în multe cazuri la vindecarea multor tulburări psihice. Printre metodele psihoterapice se mai numără ergoterapia (terapia prin muncă), cultoterapia (prin lecturi, artă), antrenament de relaxare, şedinţe de dezinhibiţie, antrenament autogen (autogene-training).

psihoze, stări psihice patologice care se manifestă prin tulburări de judecată, gîndire sau comportament, prin perceperea denaturată a realităţii obiective, a mediului extern şi ca o consecinţă, reacţia denaturată a bolnavului faţă de aceste realităţi. Aceste tulburări pot fi găsite în orice boală care duce la modificarea funcţiunilor normale ale creierului. Nu trebuie confundate tulburările psihice care apar în nevroze cu psihozele (vezi nevroză), care nu corespund realităţii înconjurătoare. Forme de manifestare mai importante a psihozelor sînt: ideile delirante (deliruri de persecuţie, de grandoare); halucinaţiile (auditive, vizuale, olfactive); psihoze depresive (cu stări psihice de depresiune excesive), psihoze maniacale (cu stări de veselie anormale şi neîntemeiate). După modul de manifestare şi cauzele care le-au determinat deosebim următoarele psihoze mai importante: psihoza traumatică (apare în urma unor lovituri la cap şi este în general în raport cu gradul leziunilor cerebrale); psihoza maniacodepresivă (vezi manie); psihoza infecţioasă (urmare a unei infecţii generale sau a encefalului, encefalite); schizofrenia (vezi schizofrenie); paranoia (vezi paranoia); psihozele din epilepsie (vezi epilepsie); psihozele din oligofrenie (vezi oligofrenie); psihoza alcoolică (poate apărea fie la alcoolici cronici, chiar în perioada cînd nu au consumat băuturi alcoolice); psihozele din toxicomanii (nevoia irezistibilă de a consuma morfină, opiu, cocaină). În *tratarea* lor se urmăreşte întîi înlăturarea cauzei, apoi se tratează tulburările propriu-zise. De cele mai multe ori este nevoie ca bolnavul să fie internat.

psittacoză, boală infecţioasă provocată de un virus şi transmisă la om de papagalii bolnavi şi purtători de virus (în faza infecţiei inaparente). Psittacoza face parte din grupa ornitozelor. Evoluţia bolii, profilaxia şi tratamentul sînt aceleaşi ca şi la alte *ornitoze* (vezi ornitoză).

psoriazis, boală de piele necontagioasă, relativ frecvent întîlnită, caracterizată prin apariţia pe piele a unor pete roşiatice acoperite cu scuame groase, stratificate şi lucioase. Psoriazisul se poate localiza pe orice parte a pielii, dar este întîlnit mai frecvent pe suprafeţele de extensie ale membrelor superioare şi inferioare, pe pielea păroasă a capului şi în regiunea genunchilor şi coatelor, unde erupţia se menţine un timp foarte îndelungat. Psoriazisul poate fi localizat (atacînd anumite sectoare ale corpului) şi generalizat (pe toată suprafaţa pielii). Erupţiile care cuprind porţiuni limi-

Psoriazis al pielii spatelui.

tate de piele nu sînt însoţite de regulă de senzaţii subiective şi nu influenţează starea generală, în timp ce în psoriazisul generalizat se observă creşterea temperaturii, indispoziţie, dureri articulare etc.; stratificările masive jenează mişcările şi provoacă dureri — apar fi-

suri care sîngerează. În unele cazuri se observă vindecarea spontană a accesului respectiv, urmată însă de recidive după un interval variabil de timp. Cauzele psoriazisului nu sînt lămurite. Ca tratament general se recomandă curele balneare la mare, care au ca rezultat vindecarea accesului şi întîrzierea recidivelor. Polivitaminele, cuprinzînd cît mai multe vitamine, în cure prelungite, au de asemenea un efect favorabil. Local se folosesc pomezi care îndepărtează scuamele (cuprinzînd acid salicilic etc.), urmate de pomezi reductoare (cu *oleum cadini*, crisarobină etc.).

pterigion, membrană translucidă, de formă triunghiulară, care se formează pe globul ocular în porţiunea dinspre nas. Baza membranei se întinde spre unghiul intern al pleoapelor, iar vîrful ei ajunge de obicei la marginea corneei, sau chiar înaintează pe o porţiune din cornee. Pterigionul este format din ţesut conjunctiv şi ţesut elastic. Se întîlneşte mai frecvent la persoanele expuse la intemperii (în mediul rural, sau la marinari). Cînd are tendinţa să crească pe cornee, se recomandă îndepărtarea pterigionului prin intervenţie chirurgicală.

ptoză, coborîrea unui organ de la locul lui normal. Se observă la bolnavii care au slăbit mult sau la oamenii care au făcut eforturi mari. Este mai frecventă la femeile care au născut şi se datoreşte unei scăderi a presiunii intraabdominale, consecutivă hipotoniei musculaturii abdominale. Se observă mai frecvent: ptoza renală, ptoza stomacului şi a colonului. Unele ptoze beneficiază de tratament chirurgical. *Tratamentul medical* dă uneori rezultate, cînd bolnavul se îngraşe prin repaus la pat. Se indică purtarea unei centuri abdominale, care trebuie pusă în poziţia culcat. *Ptoză palpebrală*, cădere în jos a pleoapei superioare, cu imposibilitate de a fi ridicată voluntar. Ridicarea pleoapei se poate face numai pasiv, susţinînd-o cu degetul. Există o formă de ptoză congenitală, care este de multe ori bilaterală (la ambii ochi). Alteori, ptoza se produce prin paralizia unei ramuri a nervului oculomotor comun, care „comandă" muşchiul ridicător al pleoapei superioare.

Pucioasa, staţiune balneară lîngă Tîrgovişte (21 km); are o altitudine de 350 m şi un climat de coline, uşor stimulant. Staţiunea posedă ape slab mineralizate, sulfatate, sulfuroase, precum şi ape concentrate, sărate, iodurate, sulfuroase. În cura externă apele minerale din staţiune se prescriu în boli locomotorii, intoxicaţii profesionale, boli ale aparatului genital feminin, de piele şi ale aparatului vascular periferic. Apele sulfuroase pot fi recomandate şi în inhalaţii şi aerosoli sau în boli ale aparatului respirator.

pulpită, inflamaţie a pulpei dentare. Pulpita apare în urma pătrunderii în pulpa dentară a unor microbi, mai frecvent prin smaltul şi dentina distruse de *caria dentară*, mai rar prin orificiul apical al rădăcinii dintelui. Afară de aceasta, pulpita poate fi provocată de iritanţi chimici: fenol, formol, arsenic etc., precum şi de traumatismele mecanice ale dintelui, de ruperea coroanei dintelui în apropierea pulpei. Mai frecvent, pulpitele se dezvoltă sub forma unui proces acut, care se caracterizează prin accese de dureri violente. Dacă este atinsă pulpa de la rădăcina dintelui, durerile pot iradia de-a lungul ramificaţiilor nervului trigemen. În aceste cazuri, bolnavul nu poate indica precis dintele bolnav şi are impresia că-l dor cîţiva dinţi.

puls, zvîcnitură produsă de înaintarea sîngelui în vase, simţită la locul unde se poate pipăi o arteră. Originea pulsului este contracţia inimii (sistola), care, aruncînd brusc o mare cantitate de sînge în aortă, produce o izbitură a masei de sînge, ce se propagă din aproape în aproape spre periferie sub forma unei *unde pulsatile*. În momentul cînd unda pulsatilă corespunzînd unei presiuni locale crescute a sîngelui ajunge într-un anumit segment arterial, ea dilată artera în acel loc. Datorită elasticităţii sale, într-un moment următor artera îşi revine la volumul iniţial şi împinge sîngele în segmentul vecin, care se dilată, ciclul continuînd cu amplitudine din ce în ce mai redusă dinspre aortă spre arterele mici, unde unda pulsului dispare complet în arteriole şi capilare, pulsul sanguin fiind continuu. În corp există cîteva regiuni unde se poate percepe bine pulsul. Numărul pulsaţiilor percepute corespunde cu numărul sistolelor ventriculare. Într-o serie de boli cardiovasculare, pulsul se modifică, fapt care poate fi analizat cu ajutorul unor aparate numite *sfigmografe*, ce înregistrează pulsul sub forma unor trasee numite *sfigmograme*. Înregistrînd viteza de propagare a undelor pulsului putem, de asemenea, aprecia starea funcţională a peretelui vascular, deoarece atunci cînd acesta este rigid, viteza de propagare scade. Din amplitudinea pulsului se pot trage, pe baza unor calcule complexe, concluzii privind debitul cardiac (vezi inimă).

purgative, substanţe farmacologice de origine vegetală sau sintetică, care declanşează defecaţia prin excitarea mişcărilor peretelui intestinal în caz de constipaţie. Administrarea lor este necesară, întrucît o constipaţie cronică duce la trecerea substanţelor toxice din fecale în sînge, dînd naştere la fenomene nedorite. Trebuie subliniat faptul că nu orice constipaţie beneficiază de tratamentul cu purgative şi că acesta se aplică numai în următoarele situaţii: la bolnavii cu hernii sau hemoroizi (la care efortul de defecaţie poate da accidente), după operaţii, la bolnavii în stare de inconştienţă (traumatisme craniene, edem cerebral). Purgativele trebuie luate numai la indicaţia medicului, deoarece abuzul lor duce la iritaţia mucoasei intestinale şi apariţia colitei. Acţiune purgativă au: glicerina, soluţiile concentrate de zaharuri (şi mierea de albine), sulfatul

de sodiu sau de magneziu (sarea amară), citratul de magneziu, unele fructe uscate, semințele de in, care, umflîndu-se prin înmuierea în sucul intestinal, creează o masă pe care intestinul se contractă mai bine. Scaunul poate fi provocat, de asemenea, prin substanțe chimice excitante ale intestinului subțire, ca uleiul de ricin, alcoolul, substanțe colagoge și coleretice sau cele care ușurează alunecarea bolului fecal (uleiul de parafină). În orice caz, în tratamentul unei constipații importantă este descoperirea cauzei (malformații ale intestinului gros, hipotiroidia sau insuficiența glandelor suprarenale, o lenevire a intestinului sau o alimentație deficitară în produse vegetale), purgativele constituind numai un tratament simptomatic și inițial al bolii.

purificarea apei. Pentru înlăturarea impurităților din apă principalele mijloace sînt: decantarea, coagularea și filtrarea. Decantarea constă în sedimentarea, la fundul unui rezervor sau bazin, a particulelor solide aflate în suspensie. Decantarea fiind în general lentă, se folosește, pentru a o grăbi, metoda coagulării, care constă în introducerea unui coagulant (alaun sau alte substanțe chimice). În contact cu sărurile din apă, coagulantul produce flocoane coloidale, care absorb particulele în suspensie, aglomerîndu-le și făcîndu-le să sedimenteze mai repede. În acest fel apa se curăță și de o parte din bacteriile prezente. Cel mai bun procedeu de purificare este filtrarea, care în instalațiile centrale de aprovizionare se face prin filtre alcătuite din cîteva straturi de nisip și prundiș. Rezultatele purificării se verifică prin examene de laborator sistematic, efectuate atît asupra apei din stația centrală, cît și asupra apei din diferite puncte ale rețelei de distribuție.

Jan Evangelista Purkyně

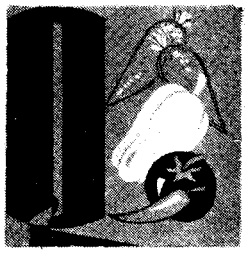
Purkyně Jan Evangelista (1787-1869), fiziolog și histolog ceh. Are merite deosebite în fundamentarea științei histologiei, elaborînd printre primii o teorie cuprinzătoare asupra semnificației celulei ca unitate biologică elementară în alcătuirea organismelor vegetale și animale. A pus în evidență nucleul celular și a descris o serie de formațiuni embrionare. S-a ocupat de fiziologia ochiului și a altor organe.

purpură, hemoragie sub piele și mucoase apărută sub aspectul unor pete punctiforme (peteșii) sau mai extinse (echimoze). Concomitent survin, adesea, și alte hemoragii: sîngerare din nas, din gingii, uterine, hematurie, hematemeză. După mecanismul care a provocat-o, purpura poate fi datorită unei alterări a capilarului sanguin, scăderii numărului de plăcuțe (trombocite) din sînge, modificării factorilor care participă în procesul de coagulare a sîngelui. Pentru precizarea acestor cauze și instituirea unui tratament corespunzător sînt necesare o serie de examene: fragilitatea capilarului se cercetează prin legarea brațului cu un garou la o presiune care permite perceperea pulsului. După 8—10 minute se desface garoul și se caută dacă au apărut peteșii în această zonă. Se mai determină numărul trombocitelor din sînge (de la 50 000 pînă la 200 000 în mod normal), timpul de sîngerare a unei înțepături în lobulul urechii (normal 2—4 minute) și timpul de coagulare a sîngelui în eprubetă sau pe sticlă de ceasornic (4—8 minute). În cazurile grave, cu hemoragii importante, se aplică un tratament de urgență, care cuprinde hemostatice, eventual transfuzii. În stările cronice se caută prezența unui focar de infecție care trebuie îndepărtat, existența unui alergen (vezi alergie) sau toxic, se administrează vitaminele C și P, clorură de calciu, se fac transfuzii mici. Uneori este necesară excluderea splinei din organism, dacă aceasta a fost găsită bolnavă.

purtător de germeni, persoană sănătoasă sau aparent sănătoasă care găzduiește în propriul organism germenii unei boli infecțioase, răspîndindu-i în jur în mod continuu sau la răstimpuri, pe diferite căi: prin materiile fecale, urină, spută, salivă etc. Starea de purtător se poate dobîndi trecînd prin boala respectivă, cînd fostul bolnav continuă să păstreze germenii, care se înmulțesc în organismul său și sînt eliminați un timp ce poate varia între cîteva săptămîni și cîțiva ani (unii foști bolnavi rămîn purtători tot restul vieții). Alții devin purtători prin simpla trecere a germenilor în organism, fără a mai face boala.

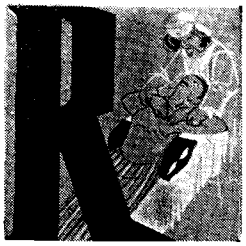
Starea de purtător se întîlneşte mai des în febra tifoidă, dizenterie, scarlatină, difterie, hepatită epidemică. Virusul hepatitei epidemice rămîne multă vreme în sîngele fostului bolnav şi se poate transmite prin seringa incorect sterilizată sau prin transfuzia de sînge. Purtătorul de germeni este deosebit de periculos ca izvor de răspîndire a bolilor infecţioase, deoarece este sănătos şi nimic nu trădează că poate infecta pe ceilalţi oameni, în mijlocul cărora el trăieşte şi munceşte, dacă nu se iau măsuri de apărare. Anumite profesiuni impun controlul sistematic pentru depistarea stării de purtător la care sînt supuşi salariaţii care lucrează în unităţile de producţie sau de vînzare a alimentelor, la sursele de aprovizionare cu apă şi în colectivităţile de copii. Depistarea se face prin anumite examene de laborator. Cei descoperiţi ca purtători sînt obligaţi să treacă la altă muncă decît cele menţionate mai sus, pînă la încetarea acestei stări a lor. Purtătorul de germeni, pentru a nu primejdui sănătatea celorlalţi oameni, are următoarele obligaţii: să se prezinte la examenele de laborator ori de cîte ori este invitat de organele sanitare; să aplice la domiciliu său măsurile de dezinfecţie (vezi dezinfecţie), de stîrpire a muştelor şi de distrugere a rozătoarelor (vezi deratizare); în cazul cînd poartă germenii unei boli infecţioase digestive (febră tifoidă, dizenterie), să se spele pe mîini după fiecare folosire a closetului, să facă baie generală cel puţin de două ori pe săptămînă (urmată de curăţirea cu grijă a căzii), să fiarbă rufele de corp şi de pat, să întreţină closetul într-o stare de curăţenie perfectă şi să-l dezinfecteze zilnic cu var cloros.

pustulă, veziculă cu conţinut tulbure (purulent). Un exemplu tipic este pustula apărînd în jurul unui fir de păr cu ocazia infectării cu stafilococ (foliculita sau coşurile). Dacă sînt superficiale, pustulele se vindecă fără a lăsa urme; în cazul pustulelor profunde (spre exemplu în acneea pustuloasă), după vindecare rămîn cicatrice.



Q (febră), boală infecţioasă, comună omului şi animalelor. Clinic se manifestă prin febră, cefalee, astenie pronunţată, localizări pulmonare şi evoluţie în general benignă. Primele cazuri în R.P.R. au fost constatate la Constanţa (1946—1947). Agentul patogen este *Rickettsia Burneti* care se găseşte în sîngele, urina şi fecalele bolnavilor. *Calea de transmitere* este aerogenă, prin inhalarea de praf conţinînd dejecţii de căpuşe sau animale bolnave, sau cutanată, prin zdrobirea căpuşei pe pielea care are mici leziuni, sau digestivă, prin lapte nefiert, infectat. *Incubaţia* durează 12—26 de zile. Invazia este bruscă, cu frisoane, febră, transpiraţii abundente, curbatură, dureri musculare, astenie, cefalee intensă, dureri oculare. *Perioada de stare* se manifestă prin febră moderată, 38—39°, mai rar 40°. Boala oscilează neregulat, 5—8—14 zile, cu simptomele din invazie exacerbate. Rar junghi toracic, tuse, spută mucoasă, anorexie, vărsături, constipaţie. În 80—90% din cazuri, sînt semne de pneumonie atipică. Evoluţia este de regulă favorabilă. Complicaţiile sînt foarte rare: artrite, pleurezii, endocardite. *Profilaxie*: febra Q face parte din categoria B (de declarare numerică şi izolare facultativă). În caz de complicaţii, bolnavul va fi internat în spital.

Quénu Edouard-André-Victor-Alfred (1852—1933), chirurg francez. Este autorul unor valoroase lucrări de chirurgie generală, ortopedie şi anatomie. A editat cu un grup de colaboratori un impunător tratat de chirurgie. S-a preocupat să imprime o orientare biologică în activitatea clinică chirurgicală.

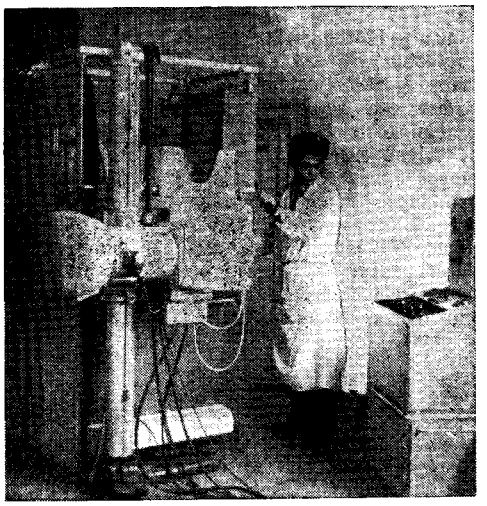


radarterapie, aplicarea în tratamentul unor boli a undelor electromagnetice utilizate la aparatele de telecomunicaţii denumite Radar. Aceste unde se mai numesc „microunde".

radiaţii ionizante, radiaţii emise de substanţele radioactive; ele pot fi de trei feluri: alfa (α), beta (β) şi gama (γ). Pe lîngă acţiunea lor utilă în tratarea multor boli sau explorarea radiologică a organismului, aceste radiaţii pot deveni cauza unor tulburări grave ivite în organism. Aceste tulburări sînt cunoscute sub denumirea de *boala actinică* sau *boala de iradiaţie.* Această boală poate surveni la cei care prin profesiunea lor vin în contact cu acţiunea nocivă a radiaţiilor ionizante: lucrătorii de la zăcămintele de minereu radioactiv, cei care prepară sau mînuiesc izotopi, personalul medico-sanitar din cabinetele radiologice etc. Acest personal este obligat să ia o serie de măsuri de protecţie, menite să-i pună la adăpost de boala de iradiaţie.

radiofotografie, mijloc perfecţionat şi practic de folosire a razelor X pentru controlul în masă al sănătăţii. Metoda constă în obţinerea pe un clişeu fotografic a imaginii radiologice a cutiei toracice, putîndu-se observa orice modificare a aspectului pe care-l prezintă cei doi plămîni, inima, vasele mari de sînge şi diafragmul. Cu ajutorul radiofotografiei se pot depista o serie de boli, ca tuberculoza, bolile de inimă, cancerul pulmonar, boli ale diafragmului etc. Marele avantaj al metodei constă în faptul că aceste boli sînt deseori surprinse la începutul lor, cînd încă nu au apucat să dea tulburări şi cînd sînt mult mai uşor de tratat şi de vindecat. Radiofotografia se extinde azi la întreaga populaţie, examenele fiind practicate gratuit la centrele fixe sau prin caravanele speciale care se deplasează în întreprinderi, pe şantiere, în cartierele oraşelor şi la sate. Este în interesul oricărui cetăţean să se prezinte la radiofotografie, împreună cu întreaga sa familie, de îndată ce a fost invitat.

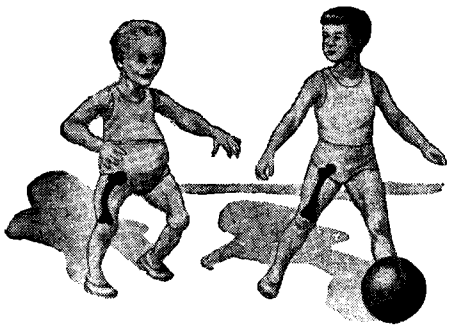
radiokimografie, metodă de investigaţie radiologică permiţînd înregistrarea mişcărilor organelor pe filmul radiografic. Dificultăţi tehnice au făcut ca kimografia să se limiteze la explorarea inimii şi a vaselor mari. Fixarea



Instalaţie modernă de radiofotografie, folosită la depistarea în masă a bolilor toraco-pulmonare.

pe filmul radiografic a unui instantaneu al mişcărilor inimii este posibilă datorită interpunerii între bolnav şi film a unei plăci de plumb numită *grilă,* prevăzută cu o serie de despicături şi căreia i se imprimă mici mişcări. Conturul imaginii obţinute cu ajutorul acestei grile va prezenta o serie de dinţături numite *croşete.* După forma, mărimea şi frecvenţa acestor croşete kimografice se apreciază forţa de contracţie a ventriculilor, starea atriilor, a aparatului valvular, vascular şi a pericardului, capacitatea de adaptare a inimii la efort.

rahitism, boală a sugarului şi copilului mic caracterizată prin lipsa depunerii sărurilor de calciu şi fosfor în zona de creştere a oaselor; consecutiv acestui defect de mineralizare se formează un ţesut osos moale, care creşte anar-



Rahitism (stînga).

hic şi exuberant. Se cunosc în general două cauze esenţiale ale rahitismului: lipsa de vitamină D (rahitism carenţial) şi lipsa de resorbţie la nivelul rinichiului a sărurilor de calciu şi fosfor (rahitism renal sau vitaminorezistent). În rahitismul carenţial are loc o lipsă a resorbţiei calciului în intestin de cauze variate; cauza cea mai frecventă însă este hipovitaminoza D. Pentru a menţine cît mai aproape de normal cifra calciului din sînge, calciul din oase este deplasat înspre torentul circulator. Carenţa de vitamină D se poate realiza: prin aport alimentar insuficient (laptele conţine cantităţi mici de vitamină), prin lipsa iradierii pielii (razele ultraviolete transformă o provitamină, care se află în piele, în vitamină D) sau prin absorbţie defectuoasă a vitaminei alimentare (în tulburările digestive, de exemplu). Nevoile zilnice de vitamină D ale sugarului sînt de 400—800 unităţi pe zi. Rahitismul apare în perioada de creştere intensă (mai ales în primul an de viaţă, dar şi în anul al doilea şi al treilea) şi se manifestă prin modificări osoase (înmuierea oaselor craniului, urmată de deformarea lor, mătănii costale, deformaţii ale oaselor gambei, deformaţia coloanei vertebrale — gibozitatea rahitică — deformaţia toracelui cu sternul ieşit înainte — piept de găină), hipotonie musculară (copilul şade şi umblă cu întîrziere), întîrziere în apariţia dinţilor, în închiderea fontanelelor, anemie, scăderea rezistenţei la infecţiii şi tulburări nervoase (iritabilitate, insomnie.) Unele infecţii, ca otomastoidita sau bronhopneumonia, apar mai frecvent şi evoluează mai grav la aceşti copii; este cunoscut faptul că din cauza deformaţiilor toracelui, circulaţia şi respiraţia copiilor rahitici sînt perturbate. Lipsa de fermitate a osului poate da loc la fracturi incomplete (în lemn verde). Unele deformaţii osoase se vindecă cu timpul şi altele persistă toată viaţa. Prevenirea bolii se face printr-o alimentaţie corectă. Întrucît laptele de mamă are acţiune protectoare faţă de rahitism, alimentaţia naturală este şi în această privinţă superioară celei artificiale. Se recomandă consumul regulat de fructe citrice (portocale, lămîie) sau fructe autohtone cu conţinut mare în acid citric (caise, coacăze, agrişe), evitarea excesului de făinoase în alimentaţia sugarului, care prin acidul fitinic se opun absorbţiei calciului din intestin. La sugarul mai mare se recomandă adaosul în alimentaţie al gălbenuşului de ou, al brînzei de vaci şi al cărnii fierte, care sînt bogate în săruri de calciu şi fosfor. Se recomandă administrare de vitamină D_2 gravidei în ultimele 3 luni de sarcină (cîte 400 000 unităţi pe lună), precum şi sugarului;în lunile de iarnă, cîte 2—4 picături pe zi (1 000—2 000 unităţi), în cure de 4—6 săptămîni, urmate de pauze de 1—2 săptămîni sau în doze mai mari odată (200 000 unităţi vitamină D_2, injectabil sau pe gură, în fiecare lună, din noiembrie pînă în februarie). Se poate, de asemenea, recomanda iradierea naturală: băi de soare şi băi de aer (fiindcă şi lumina difuză conţine raze ultraviolete) sau iradierea artificială cu lampa de cuarţ. O metodă bună este administrarea de untură de peşte extrasă din ficatul de batog, foarte bogat în vitamină D. La sugar se începe cu cîteva picături pînă la o linguriţă pe zi, iar la copilul mai mare se dau 2—3 linguriţe pe zi (dacă nu există tulburări digestive. Profilaxia rahitismului se recomandă îndeosebi imaturilor, sugarilor distrofici, precum şi sugarilor convalescenţi de boli infecţioase. *Tratamentul* rahitismului se face prin administrare de vitamină D_2, fie în doze fracţionate pe gură (5 000 unităţi = = 10 picături pe zi, pînă la doza totală de 600 000 unităţi), fie în doze de şoc, adică 200 000 unităţi, care se repetă de 3 ori, la intervale de 2—3 zile, pe gură sau în injecţii intramusculare. *Tratamentul* cu doze prea mari de vitamină D_2 pe cale injectabilă poate duce la manifestări de hipervitaminoză D. care se manifestă prin lipsa poftei de mîncare, vărsături, hipertensiune arterială, albuminurie, azotemie. Rahitismul vitaminorezistent se tratează cu doze foarte mari de vitamină D_2, care trebuie administrate numai cu prescripţia medicului şi sub controlul calciului din sînge şi din urină, spre a se preveni manifestările de hipervitaminoză.

Rainer Francisc Josif (1874—1944), anatomist şi antropolog romîn, profesor la Facultatea de medicină din Iaşi şi apoi la cea din Bucureşti. Este autor al unor valoroase studii de morfologie, printre care cel despre limfaticele inimii. Rainer a abordat problemele de anatomie de pe poziţia materialist-dialectică, arătînd că formele anatomice sînt determinate de funcţia biologică, că structura ţesuturilor şi organelor nu poate fi înţeleasă

numai prin disecție, impunîndu-se studierea „materiei vii" în manifestările ei pe scară evolutivă. Savantul a condus anchete antropologice și a organizat o colecție uriașă de

Francisc Rainer.

cranii. El a luat atitudine împotriva actelor huliganice ale studenților fasciști încurajați de guvernanții burghezi și a condamnat public aberațiile rasiste.

Ramazzini Bernardino (1633—1714), medic italian, profesor la Universitatea din Padova. A scris numeroase lucrări de patologie, dintre care cea mai celebră este cartea „Despre bolile meșteșugarilor", care pune bazele preocupării pentru patologia profesiunilor. Aici, Ramazzini descrie afecțiunile întîlnite la 52 de categorii de meseriași (printre care include și pe soldați), indicînd cauzele producerii acestor afecțiuni și chiar mijloacele lor de prevenire.

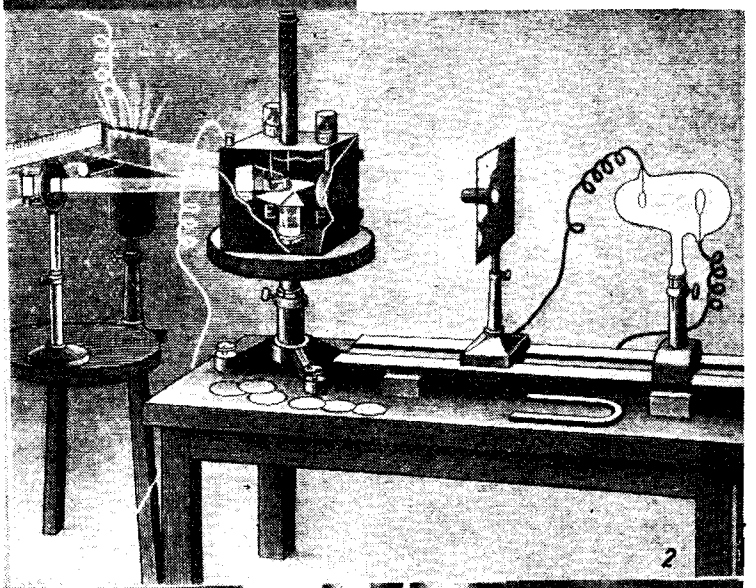
Ramon Y Cajal Santiago (1852—1934), histolog, anatomist și neurolog spaniol. A deschis perspective vaste cercetărilor neurologice prin studiile sale asupra structurii microscopice a creierului, prin tehnicile de colorare histologică a substanței nervoase pe care le-a propus și, mai ales, prin teoria neuronului, al cărei principal autor a fost, împreună cu W. Waldeyer. I s-a atribuit Premiul Nobel pentru medicină, în 1908.

rapel (revaccinare), repetarea unei vaccinări după un anumit timp de la vaccinarea completă, în scopul menținerii în continuare a stării de imunitate a organismului față de o anumită boală contagioasă. De exemplu, vaccinarea T.A.B. se face prin 3 injecții la interval de 7—10 zile, apoi primul rapel se face după un an (2 injecții la 7—10 zile interval), iar al doilea rapel, după încă un an (o injecție); după alți 2 ani se fac din nou 2 ani consecutiv rapeluri. În vaccinarea contra tusei convulsive (care se face la 3 luni), rapelul se face la un an de la vaccinare și la 7 ani. La vaccinarea antivariolică (care se face sub un an), rapelul se face la 7 ani.

raze X (denumite și raze Röntgen după numele descoperitorului lor W. C. Röntgen, în 1895), energie radiantă care ia naștere datorită frînării electronilor negativi printr-un obstacol (anticatod) în drumul lor de la catod la anodul tubului special (Röntgen). Lungimea lor de undă este situată între lungimea de undă a radiațiilor ultraviolete și lungimea de undă a radiațiilor radiului și exprimată în unități Angström (1 cm $1/10^8 = 1 \times 10^{-8} =$ 1 A) este de 8—0,06 Å. Sînt invizibile, însă pot fi puse în evidență prin faptul că influențează filmul fotografic sau dau fluorescență unui ecran acoperit cu sulfură de zinc și de cadmiu. Pătrund prin lemn, sticlă sau țesuturile moi ale corpului, dar sînt oprite de substanțe cu duritate mare, ca metalele, oasele. Aceste proprietăți descoperite și studiate de Röntgen le-a făcut să aibă o utilizare excepțional de importantă în medicină: evidențierea radiografică și radioscopică a țesuturilor și organelor umane. Îmbunătățirile de ordin tehnic (tuburile de producere, selecționarea, amplificarea și dirijarea fasciculului, îmbunătățirea imaginii la ecran sau radiografice) s-au completat cu descoperirea substanțelor de contrast (opace la razele X), tehnicile farmacodinamice, fotografierea sau televizarea imaginilor, astfel încît radiologia a căpătat o importanță deosebită în studiul corpului omenesc, în stare normală sau patologică.

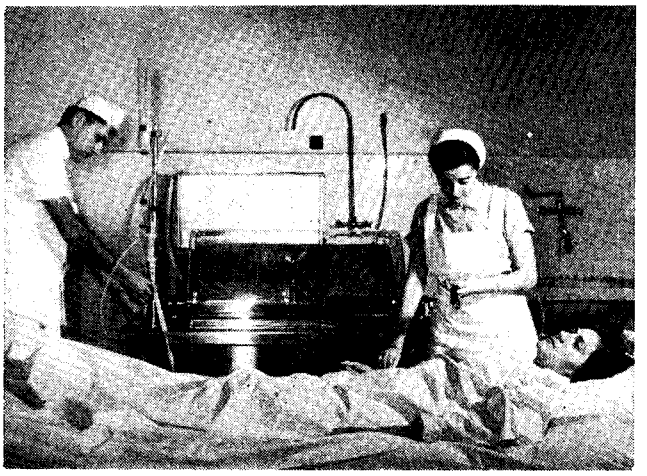
reanimare, totalitatea măsurilor preventive sau curative folosite în vederea restabilirii activității funcției respiratorii sau cardiace oprite (resuscitare respiratorie și cardiacă). Termenii de resuscitare sau reanimare sînt sinonimi, însă termenul de reanimare este frecvent folosit într-un sens mult mai larg. Reanimarea ca noțiune largă, generală, include: reechilibrarea (hidrică, electrolitică, proteică, calorică, vitaminică) a unui bolnav care nu este în faza de șoc; deșocarea (măsuri de tratament al șocului); resuscitarea cardiacă sau respiratorie care include tratamentul opririi inimii

Bernardino Ramazzini.



1. Instalație modernă de roentgencinematografie și roentgenteleviziune la Spitalul „Vasile Roaită"; *2.* Instalație pentru producerea razelor X realizată de Hurmuzescu și Benoist, cam la o lună după ce V. K. Röntgen a comunicat descoperirea sa; *3.* Studiul radiografiilor la negatoscop; *4.* Bronhografie cu substanță de contrast.

sau respirației. Medicina modernă utilizează pentru reanimare soluții cu electroliți, noradrenalină, sînge, plasmă, vitamine, hormoni, precum și aparatură automată pentru respirație artificială și masaj cardiac, rinichi artificial.

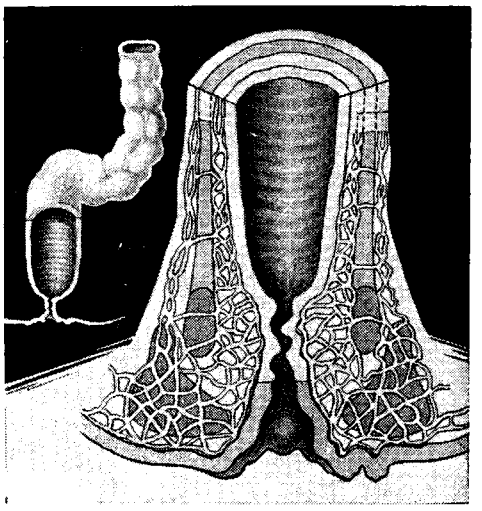


În serviciile de reanimare se folosește și rinichiul artificial.

recădere, reapariția semnelor de boală în perioda de convalescență a unei boli contagioase. Recăderea nu este o nouă infecție a organismului cu un nou agent patogen, ci reprezintă o reluare a tuturor semnelor de boală provocată de același agent patogen. Termenul este utilizat mai ales în febra tifoidă unde recăderile nu sînt rare, survenind de obicei după 10—14 zile de afebrilitate și manifestîndu-se din nou prin toate semnele febrei tifoide (febră, pete lenticulare, bacili tifici în sînge). Recăderi survin și în hepatita epidemică (reapariția icterului și a celorlalte semne de boală, în convalescență, după dispariția totală a colorației icterice). De multe ori, recăderile sînt în legătură cu nerespectarea repausului la pat, obligatoriu, în timpul perioadei de convalescență sau cu nerespectarea regimului alimentar. În mod obișnuit plătesc greșelile pe care le fac acele persoane care văzîndu-se în posesia unui certificat de boală pe un termen mai lung și considerîndu-se pe deplin sănătoase comit anumite imprudențe, excese, în loc să folosească concediul în scopul pentru care a fost prescris.

recidivă, revenirea bolii, adică repetarea bolii în forma ei tipică, imediat după vindecare sau în perioada de convalescență. De obicei, recidiva are o evoluție mai scurtă și mai ușoară de cît prima îmbolnăvire; uneori în recidivă pot surveni complicații serioase. Recidiva nu trebuie confundată cu agravarea bolii, cînd după o oarecare diminuare a simptomelor, acestea se accentuează și se dezvoltă din nou. Se numește, de asemenea, recidivă reapariția peste cîtva timp după operație a unei tumori pe vechiul ei loc.

rect, ultima porțiune a intestinului gros. Este un canal lung de 15—16 cm la adult, prezentînd o porțiune mai dilatată, numită *ampulă rectală*, și una mai îngustă, care se continuă cu *canalul anal*, lung de 2—3 cm. Rectul se află situat în bazin, în spatele vezicii urinare, iar la femeie, în spatele uterului, care se interpune între rect și vezica urinară. În partea posterioară vine în contact cu osul sacrat și coccisul (vezi schelet). Peretele rectal este format din mușchi circulari și longitudinali, înveliți parțial de seroasa peritoneală și căptușiți cu o mucoasă rectală la nivelul căreia pot apărea dilatații ale venelor regionale (hemoroidale) sub forma așa zișilor *hemoroizi*. Rectul, împreună cu anusul și sfincterii perianali, au ca funcție principală asigurarea defecației. Examinarea rectului se face fie prin explorare digitală *(tușeu rectal)*, fie prin introducerea unui tub prin care se observă mucoasa rectală *(rectoscopie)*. Regiunea anorectală mai servește, în special la copiii mici, ca loc de măsurare a temperaturii, prin introducerea unui termometru



Rect în secțiune.

special. În unele boli în care alimentația pe cale naturală nu se poate face, pentru scurte perioade de timp pot fi administrate soluții nutritive sub formă de clisme rectale, folo-

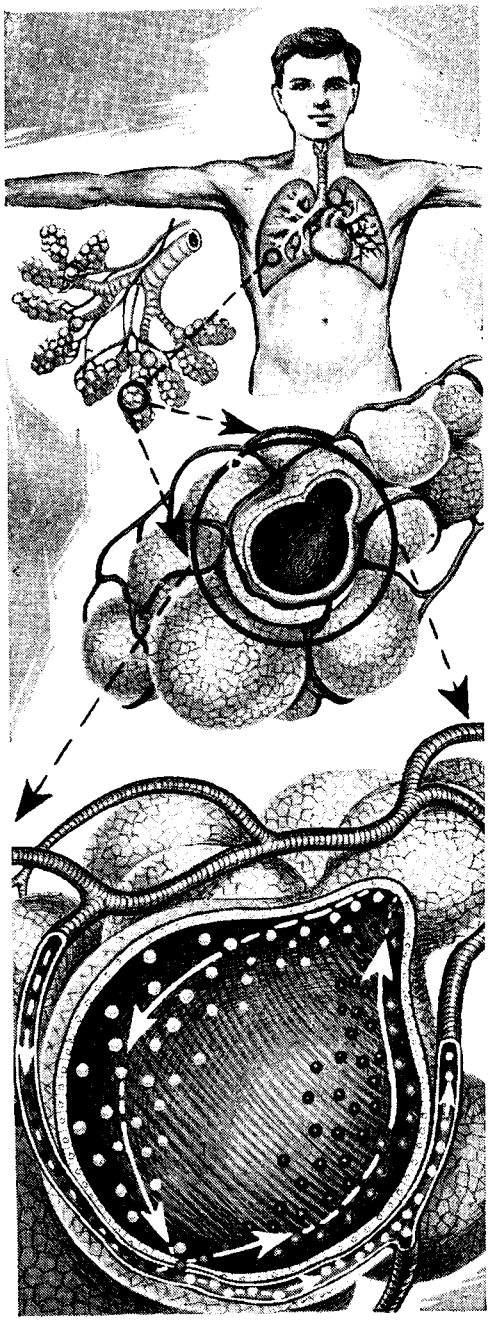
sindu-se faptul că prin mucoasa rectală se pot absorbi apa şi substanţele nutritive respective. Introducînd eter în rect şi urmărind timpul scurs pînă ce, purtat de sînge, eterul ajunge la plămîn, dînd mirosul caracteristic de eter, se apreciază existenţa unor eventuale tulburări în circulaţia portă (vezi circulaţie). Inflamaţiile mucoasei rectale se numesc rectite. Rectitele nespecifice sau banale pot fi acute sau cronice. Rectitele acute: cauza este o leziune locală (hemoroizi, prolaps, polip) sau un corp străin intrarectal, viermi intestinali (oxiuri), o inflamaţie de vecinătate (prostată, vezicule seminale), sau abuzul de purgative. Se manifestă prin dureri vii, localizate la anus, care se măresc în poziţia în picioare şi se exagerează în timpul scaunului, prin scurgeri muco-purulente uneori sanguinolente printr-un moderat prolaps mucos, mai ales la copii. Obişnuit, evoluează spre vindecare, dar uneori se cronicizează. *Tratamentul* constă în repaus la pat, băi calde după fiecare scaun, laxative uşoare, antibiotice sau sulfamide, supozitoare antispastice (lisadon). Rectitele cronice au aceleaşi cauze ca cele acute, dar modificările mucoasei sînt mai importante, putînd prezenta vegetaţii asemănătoare polipilor, iar scleroza care apare poate determina o stenoză rectală. Se manifestă prin dureri moderate în regiunea anală şi scurgeri sero-mucoase sau mucopurulente în cazurile mai grave. *Tratamentul* constă în spălături rectale cu ceai de muşeţel, cauterizarea vegetaţiilor şi înlăturarea cauzelor care produc rectitele. Rectitele specifice pot fi: sifilitice, limfogranulomatoase (Nicolas-Favre) tuberculoase, micotice. Diagnosticul se pune prin examene de laborator; unele dintre ele sînt grave, pentru că dau stenoză. Se manifestă prin aceleaşi simptome ca cele cronice, dar uneori se formează abcese care se deschid la piele în jurul anusului, constituindu-se fistule. *Tratamentul* este cauzal, iar în cazurile de stenoză, chirurgical.

recurentă (febră), boală infecţioasă acută caracterizată prin accese febrile ce se repetă la 7 zile, hepatosplenomegalie. Agentul patogen este spirocheta Obermayer. Transmiterea bolii se face prin păduchele de corp sau cap (vector obligatoriu), prin ouăle generaţiilor ulterioare ale păduchelui, după 6 zile de la infectarea lui. Păduchele infectat rămîne infecţios pînă la moarte. Pătrunderea spirochetei Obermayer în organismul omului se face prin zgîrieturile pielii care se produc în timpul scărpinatului, după zdrobirea păduchelui. *Incubaţia* durează 2—12 zile, în medie 7 zile, şi este asimptomatică. Invazia este bruscă, cu frison puternic, febră 40°, cefalee intensă, uneori sindrom meningian, dureri musculare, vărsături. *Perioada de stare* durează 6—10 zile; febra se menţine la 40°, în platou, tahicardie (140 pe minut), stare de oboseală, cefalee intensă, dureri musculare în special la membrele inferioare, uneori sindrom meningian, vărsături, dureri abdominale, constipaţie sau diaree, hepatosplenomegalie, epistaxis. Pielea este uscată, subicterică sau chiar cu icter intens. La a 6-a — a 10-a zi, febra scade brusc, pulsul ajunge la 50 pe minut, uneori colaps. Urmează o perioadă de apirexie (fără febră) timp de 8—10 zile, după care reapare simptomatologia din cursul primului acces, dar cu intensitate şi durată mai reduse. Numărul acceselor poate ajunge pînă la 10. Boala se termină de obicei prin vindecare. Complicaţiile sînt frecvente şi anume: pneumonii, hepatite, nefrite, hemoragii (cerebrale, digestive), colaps. *Profilaxie*: boală de declarare şi internare obligatorie (grupa A). Suspecţii sînt izolaţi, iar contacţii stau în carantină 7 zile. Împotriva agentului vector (păduchele) se iau măsuri de deparazitare a întregului focar epidemic cu insecticide (DDT, nitroxan, gamexan). *Tratamentul* se face în spital.

reflexoterapie, metodă de tratament care foloseşte stabilirea unor reflexe pornite din anumite zone, de pe mucoasa nazală sau de pe piele, cu scopul de a produce efecte terapeutice la distanţă, pe linia arcurilor reflexe. Metoda se mai numeşte şi centroterapie. Acupunctura este tot o metodă reflexoterapică.

regim dietetic, regim alimentar, factor important în tratamentul bolnavilor. Regimurile dietetice sînt variate, în funcţie de calitatea şi cantitatea alimentelor pe care le conţin. Pe baza criteriilor cantitative, ele pot fi *hipocalorice* sau *hipercalorice*. Regimurile hipocalorice sînt recomandate în tratamentul obezităţii, hipertensiunii arteriale sau pentru cruţarea unor organe. Regimurile hipercalorice se aplică celor slăbiţi sau acolo unde necesităţile organismului sînt crescute (boala Basedow, tuberculoză). Pe baza de criterii calitative se cunosc nenumărate şi foarte variate regimuri dietetice care îşi găsesc aplicare pentru fiecare boală în parte; chiar la aceeaşi boală, regimurile pot fi diferite, în funcţie de stadiul ori gravitatea ei, de preferinţele bolnavului şi de posibilităţile locale de aprovizionare. După compoziţia lor, regimurile pot fi: *regim de foame*, *regim hidric* (numai cu apă), *regim hidrozaharat* (lichide îndulcite), *lactat*, *făinos*, *vegetarian*, *de cruditâţi*, *carnat* şi *mixt* sau *complet*. Regimurile dietetice se mai împart şi după conţinutul lor în săruri minerale: *regim desodat* (fără sare), *hiperpotasic* (cruditâţi, legume şi fructe uscate), *acidifiant* (carne, ouă, cereale, făinoase) şi *alcalinizant* (fructe, zarzavaturi, lapte).

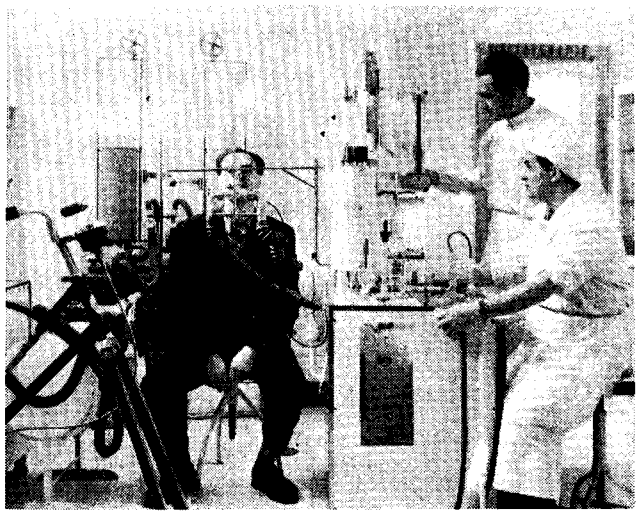
respiraţie, schimbul permanent de oxigen (O_2) şi bioxid de carbon (CO_2) dintre celulele organismului şi mediul înconjurător. La om, aceste schimburi nu se efectuează direct între celule şi aerul atmosferic, ci se desfăşoară în două etape: a) *etapa tisulară*: celulele îşi iau O_2 din lichidul intercelular, care la rîndul lui ia O_2 din sînge şi tot în această etapă celulele elimină CO_2 în lichidul intercelular



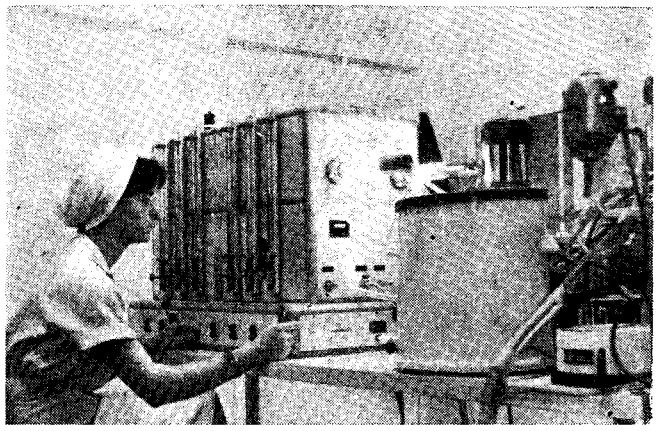
Schimbul gazos (O_2—CO_2) la nivelul alveolelor pulmonare.

de unde gazul trece în sînge (respirația tisulară); b) *etapa pulmonară*: O_2 trece din aerul alveolar în sînge și CO_2 părăsește sîngele, trecînd în aerul conținut de plămîni (respirația pulmonară). Între țesuturi și plămîni, gazele sînt transportate de sînge. Respirația tisulară pe măsură ce O_2 este consumat în oxidările celulare, o nouă cantitate de gaz trece din sînge către țesuturi, deoarece se produce un dezechilibru între cantitatea de O_2 din sînge și cea din celule. În urma acestui dezechilibru, O_2 trece din locul în care se găsește în cantitate mare, înspre locul unde se află în cantitate redusă, cu alte cuvinte, gazul trece din sînge către celule. Cu CO_2 se petrece un fenomen invers: pe măsură ce este produs în urma metabolismului celular, el trece către capilare, deoarece în celule se găsește în cantitate mai mare de cît în sînge. Schimburile respiratorii tisulare se explică deci prin deosebirea cantitativă dintre gazele existente în sînge și în celule. *Reglarea respirației tisulare*. Intensitatea schimburilor respiratorii tisulare este cu atît mai mare, cu cît celulele funcționează mai intens. Astfel, respirația unui mușchi este cu atît mai intensă, cu cît el se contractă mai mult. La fel, respirația celulelor unei glande sudoripare este cu atît mai intensă, cu cît ea secretă mai multă sudoare. Activitatea tisulară și deci și respirația tisulară pot să crească sau să scadă, în funcție de necesitățile organismului. Această coordonare (armonizare) a proceselor tisulare cu nevoile organismului se face prin intermediul sistemului nervos și al glandelor endocrine. Astfel, *sistemul nervos simpatic* mărește respirația tisulară, în timp ce *sistemul nervos parasimpatic o poate scădea*. Dintre glandele endocrine citățm tiroida și hipofiza, care pot activa arderile tisulare și epifiza, care ar avea un rol de diminuare a acestor procese. Acțiunea acestor glande se exercită prin intermediul hormonilor. *Metode de apreciere a repirației tisulare*: măsurînd cantitățile de O_2 și de CO_2 existente în sîngele din artera și vena unui organ putem aprecia gradul respirației tisulare a organului respectiv. Cu cît diferența este mai mare, cu atît vom deduce că respirația a fost mai intensă, consumîndu-se mult O_2 și producîndu-se mult CO_2. Întrucît respirația tisulară se modifică paralel cu activitatea celulelor respective, deci cu metabolismul lor, putem aprecia după cantitatea de O_2 consumată de un individ într-o perioadă de timp, și după CO_2 produs, care este gradul de activitate celulară, deci metabolismul întregului organism. Această concluzie stă la baza examenului de metabolism bazal, care se execută în mod curent în clinică (vezi metabolism). *Utilitatea cunoașterii respirației tisulare*: cunoscînd legătura directă dintre respirația tisulară și metabolism, putem aprecia metabolismul organismului, măsurînd intensitatea schimburilor respiratoare (consumul de O_2 și producerea de CO_2). În anumite cazuri, respirația tisulară anormală poate duce la îmbolnăvirea unui organ și a întregului organism. Corectînd această respirație, ajutăm vindecarea bolnavului. *Respirația pulmonară*. Schimburile de gaze ce se efectuează prin pereții capi-

arelor şi ai alveolelor pulmonare sînt posibile datorită primenirii continue a aerului din plămîni. Ca urmare, la studiul respiraţiei pulmonare vom urmări o serie de fenomene care culminează cu schimburile de gaze dintre sînge şi aerul alveolar. Respiraţia pulmonară este asigurată prin funcţia aparatului respirator care constă în două grupe de fenomene: *fizice* şi *chimice*. *Fenomenele fizice* ale respiraţiei: a) *încălzirea aerului respirat*; trecînd prin căile respiratorii, aerul atmosferic se încălzeşte, apropiindu-se de temperatura medie a corpului: 37°. Un aer prea rece sau prea fierbinte este nesănătos, putînd duce la alterări ale schimburilor respiratorii normale. Încălzirea aerului ce trece prin căile respiratorii poate să crească sau să scadă, după nevoie, prin dilatarea sau constricţia vaselor de sînge din mucoasa nazală, mucoasa faringiană şi cea traheală, sau chiar din plămîni. Cînd vasele se dilată, vine mai mult sînge la mucoase, acestea se încălzesc mai tare şi pot transmite mai multă căldură aerului în contact cu ele, încălzindu-l. Acest fenomen se întîmplă ori de cîte ori temperatura atmosferică este coborîtă şi reglarea lui se face pe cale nervoasă. Încălzindu-se în căile respiratorii şi plămîni, aerul respirator ia o parte din căldura organismului, eliminînd-o. În acest fel, aparatul respirator contribuie şi la mecanismul de termoreglare; b) *Curăţirea aerului respirat*; aerul atmosferic conţine numeroase particule de praf, cărbune (fum) etc. Trecînd prin căile respiratorii, aerul este purificat, prin reţinerea particulelor conţinute de cilii existenţi în nări şi de mucusul ce acoperă pe dinăuntru aceste căi. La suprafaţa mucusului aderă mare parte din particulele aerului respirat. Secreţiile căilor respiratorii (mucusul), pe lîngă că purifică aerul de particulele mici, acoperă şi umezesc continuu epiteliile acestora, ferindu-le astfel de acţiunea vătămătoare a uscăciunii, a prafului, a fumului; c) *Vibrarea aerului respirat*; în drumul parcurs prin căile respiratorii, aerul se izbeşte de pereţii acestora şi vibrează. Aceste vibraţii pot fi auzite sub forma unor sunete, dacă aplicăm urechea la peretele toracic. În bolile de plămîni, caracterul normal al sunetelor se modifică în legătură cu leziunile pulmonare. Trecînd prin laringe printre coardele vocale, aerul vibrează mai puternic, producîndu-se astfel sunetele, care articulate alcătuiesc vorbirea sonoră (vezi fonaţie). *Fenomenele mecanice ale respiraţiei* constau din două acte care se succed ritmic, şi anume: *inspiraţia* şi *expiraţia*. *Inspiraţia* este actul prin care aerul intră în plămîni. În inspiraţie, volumul cuştii toracice se măreşte şi aerul atmosferic este absorbit de plămîni. Mărirea toracelui se face datorită intervenţiei mai multor muşchi, şi anume: a) *diafragmul*, care are o formă de cupolă cînd este relaxat. Contractîndu-se, cupola diafragmatică coboară şi diametrul longitudinal al toracelui creşte. Coborînd diafragmul,



Studiul capacităţii respiratorii.



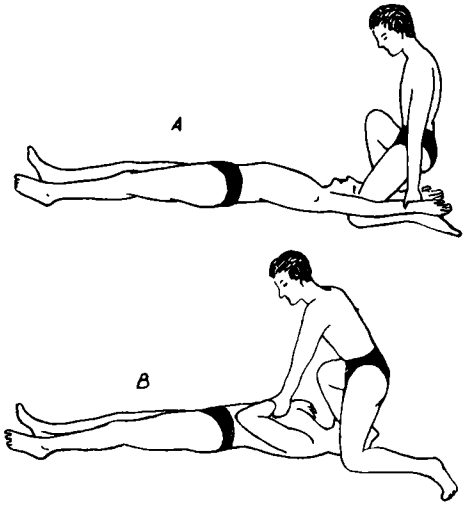
Aparat pentru studiul respiraţiei în ţesuturi.

apasă organele din abdomen, care la rîndul lor apasă asupra pereților cavității abdominale, bombîndu-i; b) *mușchii intercostali externi și mușchii supracostali* care contractîndu-se ridică sternul și îl proiectează înainte, prin orizontalizarea coastelor și îndepărtarea lor una de cealaltă. Datorită acestor mușchi, se mărește diametrul transversal și cel antero-posterior al toracelui. În inspirația obișnuită, cutia toracică nu se mărește de volum la maximum. Cînd are loc mărirea de volum maximă a cuștii toracice, vorbim de o *inspirație forțată*. La inspirația forțată, în afara mușchilor amintiți, mai participă și mușchii sternocleido-mastoidieni, pectorali, dorsali și dințați (vezi mușchi). Din cele de mai sus se vede că inspirația este un fenomen activ, adică se produce prin intrarea în funcțiune a unor mușchi. *Expirația* este actul prin care se elimină aerul introdus în plămîni în timpul inspirației. Acest act se produce datorită revenirii cuștii toracice la dimensiunile inițiale, prin relaxarea mușchilor și prin acțiunea elasticității pulmonare. Expirația este, deci, un fenomen pasiv. Așa cum un elastic întins își revine la lungimea sa inițială imediat după încetarea forței care îl întinde, și plămînii destinși în timpul inspirației își revin la dimensiunile inițiale datorită elasticității lor imediat ce încetează acțiunea mușchilor. În timpul expirației obișnuite, cutia toracică nu este micșorată la maximum. Cînd are loc micșorarea maximă a toracelui vorbim de o *expirație forțată*. La expirația forțată participă mușchii intercostali interni, care apropie coastele între ele, și mușchii abdominali, care contractîndu-se apasă organele abdominale, ce la rîndul lor ridică mai mult bolta diafragmatică. Inspirația și expirația alcătuiesc împreună o mișcare respiratorie completă sau, pe scurt, o *respirație completă*. La omul adult, numărul respirațiilor este de 14—16 pe minut. La copii și în efort, acest număr crește pînă la 25—35 pe minut. Numărul de respirații efectuate într-un minut se numește *frecvență respiratorie*. La cîine, frecvența respiratorie poate fi în anumite condiții de 200—300. Raportul dintre durata inspirației și cea a expirației este cam 1 : 3, cu alte cuvinte expirația durează mai mult de cît inspirația. În anumite boli, acest raport se poate modifica. Ventilația pulmonară reprezintă primenirea aerului din plămîni. Această ventilație depinde de mărimea sau, cum se mai spune, de amplitudinea mișcărilor respiratorii. Aerul nu se primenește cu aceeași intensitate în toate regiunile plămînilor. Astfel, către vîrfuri, ventilația pulmonară este mai mică de cît la bazele plămînilor. Prin acțiunea musculaturii bronșice (mușchii Reissessen), calibrul bronhiilor se poate lărgi sau micșora, lăsînd să treacă mai mult sau mai puțin aer prin ele și modificînd astfel ventilația pulmonară în zona de plămîni către care respectivele bronhii conduc aerul. În inspirația și expirația normală, în repaus, intră și ies din plămîni cam 500 ml aer, la omul normal adult. Acest volum se numește *aer curent*. În inspirația forțată mai pot fi introduși în plămîni circa 1 500 — 2 000 ml aer. Acest volum se numește *complementar*. În expirația forțată mai pot fi eliminați 1 000—1 500 ml aer. Acest volum se numește *de rezervă*. După expirația forțată, mai rămîn totuși în plămîn circa 1 000—1 500 ml aer ce poartă numele de volum *rezidual*. Volumul curent + volumul de rezervă + volumul complementar formează *capacitatea vitală*, care la omul adult normal are valoarea de 3 500—5 500 ml. Ea arată volumul maxim de aer pe care-l poate primeni un individ într-o respirație (inspirație forțată urmată de expirație forțată). *Rolul seroasei pleurale* în mișcările respiratorii este foarte important, deoarece datorită celor două foițe aderente una de alta plămînii pot urma modificările de volum ale cutiei toracice. Cînd între foițele pleurale se găsește aer (*pneumotorax*), sau lichid (*hidrotorax*), plămînul nu mai urmează modificările de volum ale cuștii toracice și respirația este stînjenită. *Debitul pulmonar* se numește cantitatea de aer care trece prin plămîni în timp de un minut. La omul normal, adult, în repaus este de 7—8 litri. În efort, debitul respirator crește, modificîndu-se după nevoile organismului. Măsurarea debitului respirator ne poate indica dacă un individ se adaptează sau nu, potrivit diferitelor stări de activitate ale organismului. *Fenomene chimice ale respirației pulmonare*. Aceste fenomene constau în schimburile de gaze între aerul alveolar și sîngele din capilarele pulmonare. Aceste schimburi se efectuează ca și în cazul respirației tisulare, datorită diferenței cantitative între gazele din plămîni și cele din sînge. Ca urmare a acestei diferențe, O_2, trece din plămîni în sînge, unindu-se cu hemoglobina, iar CO_2 trece din sînge în plămîni. Datorită acestor schimburi, aerul inspirat și cel expirat au o compoziție diferită, și anume: în aerul inspirat se găsește mai mult oxigen (20%) și mai puțin CO_2 (0,03%) de cît în aerul expirat (în care $O_2 = 16\%$ și $CO_2 = 5\%$). *Reglarea respirației*: atît frecvența, cît și amplitudinea respirațiilor sînt coordonate, după necesitățile organismului, de *centrii nervoși respiratori* situați în bulbul cerebral. Datorită musculaturii bronșice, poate fi reglată și distribuția aerului în plămîni. În acest mod, pe cale nervoasă reflexă, regiunile bolnave pot fi scutite de oboseala unei respirații intense, aceasta efectuîndu-se numai în regiunile sănătoase. Centrii nervoși respiratori acționează nelăsînd ca inspirația sau expirația să dureze peste măsură și nepermițînd ca O_2 să scadă sau CO_2 să crească în sînge peste valorile normale. Activitatea centrilor respiratori este automată, ei trimițînd impulsuri către musculatura respiratorie cu o frecvență de 16—18 pe minut la omul adult, în repaus. Activitatea centrilor respiratori poate fi in-

fluențată pe cale nervoasă sau umorală (prin sînge), astfel: a) creșterea CO_2 în sînge excită *centrii* respiratori, respirația devenind mai *amplă* și mai frecventă. Astfel se elimină CO_2 aflat în exces în sînge. Scăderea CO_2 are o acțiune inversă; b) scăderea O_2 în sînge face ca sensibilitatea centrilor respiratori față de CO_2 să crească. O acțiune inversă o are creșterea O_2 în sînge. Din cele de mai sus se vede că variațiile CO_2 și O_2 din sînge se ajută în acțiune reciproc; c) deglutiția oprește pe cale nervoasă reflexă, activitatea centrului respirator. Ca urmare, în timp ce înghițim, mișcările respiratorii nu se efectuează; d) excitațiile venite pe calea nervilor senzitivi pot crește sau diminua activitatea centrilor respiratori. Astfel, o durere puternică, o senzație de rece (introducerea picioarelor în apă rece) opresc pentru scurtă vreme mișcările respiratorii; e) voința poate modifica, nu însă pentru multă vreme, ritmul și amplitudinea respirației; f) scoarța cerebrală prin reflexe condiționate participă la reglarea respirației, prin intermediul centrilor respiratori; g) destinderea mare a plămînilor produce pe cale nervoasă o oprire a activității centrului inspirator. O acțiune inversă o are comprimarea plămînilor (expirație). Fenomenele fizice, în special cele mecanice, sînt urmărite frecvent în clinică și mai ales în policlinici, unde sînt supravegheați copiii, militarii, muncitorii. Mijloacele principale de investigație a respirației sînt: a) *pneumograma* este înscrierea mișcărilor respiratorii cu ajutorul unui aparat numit *pneumograf*. Pneumograma are forma unei curbe ce se ridică și coboară, după cum se înscrie inspirația sau expirația. Cu ajutorul pneumogramei putem analiza frecvența, amplitudinea și ritmul respirației, precum și variațiile care apar în anumite condiții (de exemplu, în efort); b) *spirometria* este măsurarea capacității vitale a unui individ și a volumelor de aer care o compun. Această măsurătoare se face cu ajutorul unui aparat numit *spirometru*. Un spirometru obișnuit este format dintr-un clopot de metal ușor, așezat cu gura în jos într-un cilindru de metal plin cu apă. Fundul clopotului este găurit și prin acest orificiu, cu ajutorul unui tub de cauciuc, introducem aer în spirometru. Cu cît este mai mult aer în spirometru, cu atît clopotul va fi mai ridicat și invers. Citind după gradațiile existente la aparat, aflăm capacitatea vitală și volumele ei componente; c) *radioscopia pulmonară* ne dă date asupra mișcărilor executate de diafragm. Fenomenele chimice pot fi cunoscute prin analiza compoziției aerului alveolar. În funcție de cantitățile de CO_2 și O_2 găsite apreciem intensitatea schimburilor de gaze din plămîni. În afară de funcția respiratorie, aparatul respirator mai are rol și în alte fenomene ce se produc în organism. *Aparatul respirator și termoreglarea*: aerul expirat este cu 10—15° mai cald de cît aerul inspirat, deoarece el se încălzește pe seama căldurii organismului. Datorită acestui fapt, aparatul respirator are un rol important în termoreglare, putînd elimina o cantitate mare de căldură din corp. La cîine, la care pielea nu are glande sudoripare, eliminarea de căldură din organism se face mai cu seamă prin aerul expirat. De aceea, în condiții de temperatură ridicată, cîinele nu transpiră, în schimb respiră foarte des (pînă la 200—300 de ori pe minut). *Aparatul respirator și eliminarea unor substanțe din organism*: apa se elimină prin aerul expirat sub formă de vapori în cantități însemnate, pînă la 500 ml în 24 de ore. Eterul, acetilena, unele medicamente se pot, de asemenea, elimina pe cale pulmonară. Secrețiile traheo-bronșice și particulele mici de praf, cărbune etc. sînt eliminate în faringe, prin mișcarea continuă a cililor pe care îi au celulele din epiteliile căilor respiratorii. Cînd în trahee sau bronhii pătrunde un corp străin, sau se adună secrații în cantitate mare, eliminarea se face prin *tuse*. Tusea este o eliminare bruscă de aer care împinge în afară corpii străini sau secrețiile din căile respiratorii. Ea se produce pe cale nervoasă reflexă, în urma unor excitații pornite din zona de bifurcație a traheei, de la pleură sau chiar de la unele organe abdominale. Strănutul este un act asemănător tusei, dar are punct de plecare mucoasa nazală. *Aparatul repirator și mirosul*: trecînd prin cavitățile nazale, aerul excită terminațiile nervoase ale mucoasei olfactive. *Aparatul respirator și coagularea*: plămînii conțin substanțe care favorizează coagularea. Pentru acest motiv se utilizează în clinică, în boli hemoragice, extracte de plămîn, cum este *hemosistanul*. Cunoștințele de fiziologie asupra aparatului respirator au condus la o serie de metode practice, utilizate în spitale. Dintre acestea citățm pe cele mai importante: *Narcoza*: cunoscînd mecanismul schimburilor de gaze dintre aerul alveolar și sînge, se pot introduce în aerul respirat eter, cloroform, chelen, deoarece aceste substanțe, trecînd în sînge, ajung apoi la sistemul nervos, producînd somn. *Oxigenoterapia*: pentru a mări cantitatea de O_2 din sînge și deci pentru a satisface suficient nevoile respirației tisulare, se poate administra anumitor bolnavi mai mult O_2 în aerul respirat. În acest mod, apărînd o diferență mai mare de cît de obicei între cantitatea de O_2 din plămîn și cea din sînge, gazul va trece în vase în cantitate crescută. *Pneumotoraxul*: introducînd aer în cavitatea pleurală, plămînul nu mai urmează toate modificările de volum ale cuștii toracice. În acest mod se realizează o punere în repaus a unui plămîn bolnav. *Puncția pleurală*: deoarece o cantitate mare de lichid adunată în cavitatea pleurală cu ocazia unor boli împiedică mișcările respiratorii, printr-o înțepătură cu un ac mai gros de seringă, se evacuează lichidul adunat în pleură redîndu-se plămînului posibilitatea de a-și executa în voie funcțiile sale.

Respirația artificială, excitanți ai respirației, carbogenul: în anumite cazuri cînd centrul respirator încetează să mai funcționeze, prin anumite manevre se poate primeni aerul din plămîn (respirație artificială), excitîndu-se în același timp și terminațiile nervoase din plămîn cu alcool, oțet aromatic, amoniac etc. Provocarea unei excitații în plămîn sau piele prin palme date pe obraz, ori apă rece, ori frecarea pielii poate excita centrul respirator, făcîndu-l să-și reia activitatea. Un rol similar de excitație a centrilor respiratori îl are și administrarea de aer cu 4—5% CO_2 (carbogen). Gazul intrînd în sînge excită centrii respiratori.

respirație artificială, tehnica prin care se realizează respirația, cînd aceasta, din anumite cauze, nu se mai poate face spontan. Metodele de respirație artificială prin acțiune externă sînt de extremă urgență și trebuie cunoscute de cît mai mulți oameni, deoarece



Respirație artificială: *A* — inspirație; *B* — expirație.

accidentele pot apărea pe neașteptate și intervenția promptă poate să salveze viața unui om care ar muri în așteptarea unor cadre medicale calificate. Dintre numeroasele metode, mai frecvent utilizată este metoda Silvester: bolnavul este așezat cu fața în sus. Cel care face respirația artificială stă într-un genunchi la capul bolnavului, iar cu celălalt picior se sprijină pe talpă. Inspirația se execută apucînd membrele superioare ale bolnavului de articulația pumnului și executînd o mișcare de extensie pînă se ajunge deasupra capului bolnavului și lateral de cel care face respirația. Prin aceasta se exercită o tracțiune asupra grilajului costal, mărindu-se diametrul cutiei toracice. Expirația se execută aducînd membrele care se și flectează deasupra toracelui și executînd apoi o mișcare de compresiune a acestuia prin apăsare cu greutatea corpului celui care execută respirația aplecat înainte. Ritmul necesar este de 4—13 respirații pe minut. Metode mecanoterapice: includ toate metodele mecanice care pot realiza o distensie sau compresie a cutiei toracice. Se cunosc trei tipuri de aparate: tancul sau plămînul de oțel, cuirasa și patul basculant. Principiul tancului sau plămînului de oțel se bazează pe crearea unei variații de presiune pozitivă și negativă în interiorul unei camere etanșe. Bolnavul este introdus în această cameră, capul fiind lăsat afară. Aerul atmosferic va intra în plămîn cînd în cameră presiunea va fi negativă, adică mai mică decît presiunea atmosferică, și va ieși din plămîn cînd presiunea în cameră va fi pozitivă, adică mai mare decît presiunea atmosferică. Se utilizează mai ales în paralizia centrului respirator sau a diafragmului, de natură poliomielitică. Există și metode numai cu inspirație activă. Cu ajutorul acestor metode se execută numai inspirația activă, expirația fiind considerată fenomen pasiv, datorit elasticității toracelui. Cea mai simplă dintre metode este insuflația gură la gură. Se utilizează și aparate, unele manuale, altele automate. Sînt și metode care utilizează aparate speciale, reglabile, care asigură o respirație artificială cu inspirație și expirație active (aparat Engström).

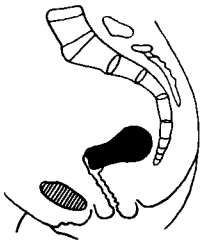
retenție de urină, imposibilitatea de a urina cu toate că vezica urinară este plină. Poate fi acută, cînd apare brusc, fără a fi precedată, de tulburări de micțiune, sau cronică, cînd se instalează lent, fiind precedată de tulburări de micțiune (micțiuni frecvente și greutate în micțiune), care s-au agravat treptat. Poate fi completă, cînd bolnavul nu mai elimină nici o picătură de urină, și incompletă, cînd la eforturi mari elimină cîteva picături. Uneori, chiar fără eforturi, inconștient bolnavul pierde picături de urină (micțiune prin „prea plin"). Cauza cea mai frecventă este obstacolul subvezical (adenom de prostată, cancer de prostată, stricturi uretrale, calcul uretral). Alte cauze: scleroză de col vezical, tumoare vezicală în apropierea colului vezical, tumori din vecinătatea colului (tumori retrovezicale, fibrom uterin), boli ale măduvei spinării (mielite, tabes). Uneori apare după diferite operații (hemoroizi, fibrom). Bolnavul are senzația de a urina, simte vezica plină, are dureri în hipogastru (partea din abdomen situată deasupra pubisului) dar nu poate elimina nimic, sau cu eforturi mari și dureroase elimină cîteva picături de urină. În hipogastru se palpează vezica plină, care este dureroasă la presiune. Retenția trebuie deosebită de anurie, în care bolnavul nu urinează pentru că rinichii nu produc urină și deci vezica este goală, iar bolnavul nu are senzații de urinare. Retenția completă de urină este gravă pentru că dacă nu se asigură drenajul vezicii, bolnavul va face uremie și

moare prin insuficiență renală. Primul *tratament* este medical: se suprimă ingerarea de lichide și se prescrie o baie caldă de șezut și supozitoare cu papaverină. Dacă nu urinează, bolnavul va fi transportat la prima unitate sanitară pentru evacuarea vezicii prin sondaj sau, dacă acesta nu este posibil, prin puncție vezicală. Apoi va fi trimis într-un serviciu de urologie, pentru stabilirea cauzei retenției și aplicarea tratamentului cauzal.

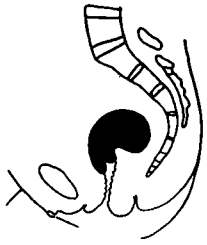
retină — vezi ochi.

retinită, inflamație a retinei, de obicei bilaterală, în legătură cu o boală generală a organismului, infecții, tulburări de metabolism, boli renale, diabet zaharat, boli vasculare, sanguine etc. La examenul cu oftalmoscopul se constată pe fundul de ochi pete albe, pete roșii, pete pigmentare și modificări vasculare. Evoluția ei depinde de boala de bază, iar tratamentul se va adresa acesteia. Retinita pigmentară (orbul găinilor) este o boală degenerativă a retinei. Începe în copilărie și evoluează progresiv cu vîrsta. Bolnavul nu vede seara, cîmpul vizual se îngustează treptat, ajungînd tubular, bolnavul devenind, practic, orb.

retroversie uterină, înclinarea uterului posterior către sacru; este forma cea mai frecventă de deviație uterină. Poate fi congenitală sau



Retroversie uterină.



Retroversie cu retroflexie.

căpătată, în urma nașterilor, inflamațiilor sau tumorilor uterului. Retroversia uterină se manifestă prin dureri de intensitate variabilă, accentuate în timpul menstruației sau al raporturilor sexuale. Uneori poate fi una din cauzele sterilității. *Tratamentul* este chirurgical.

reumatism, termen care definește în general orice îmbolnăvire a articulațiilor. În realitate, deși diversele manifestări reumatice prezintă numeroase caractere comune, totuși, deosebirile care există între ele sînt de cea mai mare importanță, atît din punctul de vedere al diagnosticului, cît și al tratamentului. Din această cauză, în practica medicală se diferențiază următoarele forme mai importante de reumatism: 1) reumatismul inflamator legat de o infecție cunoscută sau artrita; 2) reumatismul cronic degenerativ sau *artroza*; 3) poliartrita cronică evolutivă; 4) spondilita ankilopoietică și 5) reumatismul articular acut. Dintre toate formele bolii reumatismale, *reumatismul articular acut* este cel mai important, datorită marii lui extinderi la copii și adolescenți, și faptului că poate îmbolnăvi inima. Congresul al III-lea al P.M.R. a apreciat ca necesare cunoașterea aprofundată și tratarea acestei boli și a trasat sarcini corespunzătoare în acest sens. Această boală mai poartă și denumirea de reumatism Bouillaud-Sokolski, ca o cinstire adusă memoriei marelui medic francez Bouillaud și clinicianului rus Sokolski care între anii 1824 și 1834 au stabilit legătura care există între reumatismul articular acut și atingerea inimii. De mult s-a bănuit că originea acestei boli este microbiană, dar numai în ultimii 20 de ani s-a putut face această dovadă, demonstrîndu-se rolul jucat de *streptococul hemolitic* din grupul A, care în anumite condiții favorizante (în special la copii, în anotimpurile reci și umede, atunci cînd locuința și alimentația sînt deficiente etc.) poate da naștere unui atac de reumatism articular acut. Acest germen își face drum în organism după ce s-a instalat în criptele amigdalelor, dînd naștere la o angină sau în mucoasa faringelui, laringelui, nasului, de unde poate determina apariția reumatismului. Reumatismul articular acut începe în aproape 2/3 din cazuri cu această infecție a căilor respiratorii superioare, dar într-o treime din cazuri acest început poate trece neobservat, mai ales la copii. După 7—21 de zile de la această angină sau infecție rinofaringiană survine atacul de reumatism manifestat prin febră, transpirații, frisoane, amețeli, vărsături și paloare. Rar se întîmplă să lipsească din acest tablou prinderea articulațiilor; de obicei sînt cuprinse succesiv mai multe dintre articulațiile mari (genunchi, glezne, coate, pumn). Inflamația, cu umflătura încheieturii, roșeață și dureri, durează cîteva zile și încetează de la sine, pentru a se muta la altă articulație. Atacul de reumatism articular acut se poate manifesta numai prin modificări ale încheieturilor cu dureri și febră; în majoritatea cazurilor însă apar și semne de îmbolnăvire cardiacă: „reumatismul linge încheieturile și mușcă inima". Este de semnalat faptul că dacă la adult prinderea inimii și deci constituirea unei cardiopatii survine mai rar și mai ales în formele servere de boală, în schimb la copii, ea

poate apărea în toate formele, chiar şi în cele mai uşoare, care nu se însoţesc de temperatură sau de dureri articulare. *Tratamentul* reumatismului articular acut poate fi împărţit în curativ şi preventiv. Prima măsură de tratament în cursul atacului de reumatism pe care şi-o aplică bolnavul singur, din cauza durerilor şi a imposibilităţii mişcărilor, este repausul. Chiar şi în formele cele mai uşoare de boală, mai ales la copii, repausul la pat va fi de minimum o lună de la vindecarea modificărilor articulare. În cazurile în care a avut loc şi prinderea cardiacă, repausul la pat va fi de minimum 2 luni, completat cu un repaus în casă de încă 3—4 luni. Salicilatul de sodiu, aspirina, cortizonul şi derivaţii săi sînt medicamentele cele mai larg întrebuinţate în tratamentul reumatismului articular acut; ele se administrează sub control medical strict. Nici unul din aceste medicamente nu distruge însă streptococul hemolitic; împotriva lui se recurge la penicilină, care, distrugînd germenul, împiedică reinfecţia gîtului şi prin urmare recăderea bolii. Penicilina este folosită şi în tratamentul preventiv tot pentru aceleaşi motive. În colectivităţile de copii (şcoli, cămine, grădiniţe) se recomandă să se facă periodic controale bacteriologice şi examene repetate pentru toate cazurile de rinofaringită acută sau amigdalită bănuite streptococice. Pentru prevenirea recidivelor se recomandă după primul atac, un tratament antibiotic intermitent prelungit cu preparate de benzatinpenicilină (endocilină sau extencilină 600 000—1 200 000 unităţi), un flacon la 10—15 zile.

rinită, inflamaţie a mucoasei nazale. Deosebim rinite acute şi cronice. Dintre rinitele acute cele mai importante sînt: a) rinita acută simplă (coriza, guturaiul), manifestată prin strănuturi repetate, senzaţie de înfundare a nasului, secreţii la început apoase, apoi mucopurulente, cefalee, uşoară febră. Se vindecă în 8—10 zile. Poate da complicaţii: sinuzite, otite, faringite, laringite, traheobronşite. Tratamentul general se face cu aspirină, piramidon, vitamină C, băuturi calde, iar local se aplică soluţii dezinfectante (ulei eucaliptolat sau gomenolat, sulfatiazol, colargol) şi soluţii dezobstruante (rinofug, efedrină etc.); b) rinite acute la sugar. Rinita acută simplă (coriza) la această vîrstă poate avea repercusiuni grave asupra întregului organism prin slaba rezistenţă a sugarului la infecţii şi prin împiedicarea suptului datorită blocării respiraţiei nazale. În afara acestei rinite, în această perioadă se mai pot întîlni: coriza gonococică, coriza stafilococică şi coriza eredosifilitică; c) rinitele bolilor infecţioase, care sînt localizări pe mucoasa nazală ale microbilor specifici acestor boli. Astfel de rinite se găsesc în difterie, scarlatină, gripă, rujeolă, febră tifoidă etc. Ele cedează la un tratament local cu dezinfectante obişnuite şi la un tratament general corespunzător bolii respective. Rinitele cronice sînt, fie urmări ale rinitelor acute repetate, fie manifestări nazale ale unor boli cronice ale organismului. Mai frecvente sînt: a) rinita cronică mucopurulentă, care se manifestă prin înfundarea nasului şi secreţii mucopurulente; b) rinita cronică hipertrofică, care are ca simptom greutatea în respiraţia nazală ce se manifestă alternativ, pe o parte sau alta, în funcţie de poziţia capului; c) rinita cronică atrofică, care se manifestă prin tulburări în respiraţie, secreţii mucoase sau mucopurulente (deseori uscate); d) rinita cronică sifilitică şi rinita cronică tuberculoasă care sînt cele mai importante dintre rinitele date de infecţiile cronice ale organismului.

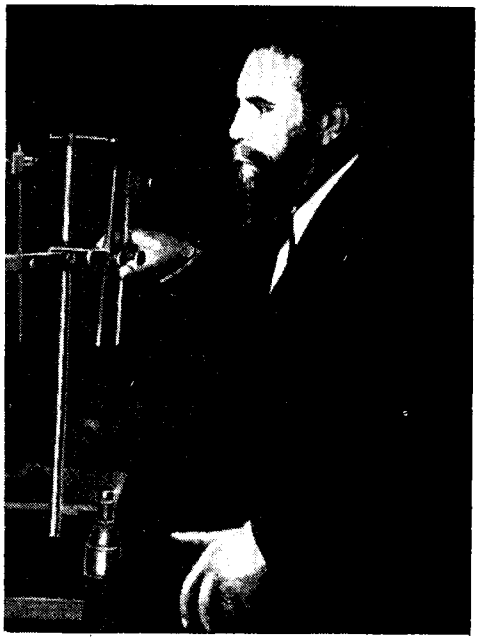
rinosclerom, boală infecţioasă, probabil contagioasă, caracterizată printr-o secreţie cronică şi infiltraţia sclerozantă şi progresivă a mucoasei nazale, ducînd la înlocuirea acesteia cu un ţesut compact, cicatriceal. Afecţiune foarte rară, rinoscleromul este una din manifestările scleromului căilor respiratorii superioare, care se întinde de la nas pînă la bronhii.

roentgenterapie, tratament cu raze Röntgen; se bazează pe proprietatea acestora de a fi absorbite parţial la traversarea corpului omenesc şi de a exercita astfel un efect fizic, chimic şi biologic asupra ţesuturilor prin care trec. Nu toate celulele reacţionează la fel la iradiere; cele mai sensibile sînt celulele în dezvoltare, fapt pentru care tumorile maligne care se dezvoltă foarte rapid se dovedesc şi cele care beneficiază mai mult de efectul favorabil al razelor Röntgen. Afară de distrugerea celulelor tumorilor maligne, razele Röntgen mai sînt folosite şi în tratamentul leucemiilor, în îmbolnăviri ale pielii şi glandelor cu secreţie internă, în reumatismele cronice (artroză, spondiloză).

Dar razele roentgen provoacă şi o serie de efecte secundare în organismul bolnavului, împotriva cărora el trebuie protejat atît în timpul tratamentului, cît şi după aceea. Astfel, se vor evita scărpinatul, acţiunea îndelungată a apei (băi, spălatul rufelor) şi se va recurge la alifii, pudre etc. Dacă apar arsuri pe piele, acestea vor fi tratate după indicaţiile medicului. În ceea ce priveşte manifestările cu caracter general, acestea pot fi: greţuri, vărsături, lipsă de poftă de mîncare, ameţeli. Ele vor fi prevenite prin administrarea unei diete sărate, suc de lămîie, vitamină PP, vitamină B_6, vitamină C. Razele Röntgen acţionează şi asupra celulelor sîngelui, de aceea se va avea grijă să se controleze hemoleucograma periodic în tot cursul tratamentului.

Röntgen Wilhelm Conrad (1845—1923), fizician german. Descoperirea care i-a asigurat celebritatea şi pentru care, în 1901, i s-a atribuit Premiul Nobel a fost cea a aşa-numitelor raze X., cu aplicaţii extrem de largi în tehnică şi, mai ales, în medicină. De menţionat că, în martie 1896, la numai cîteva luni după descoperirea razelor X, Dragomir Hurmuzescu

a efectuat la Şcoala de poduri şi şosele din Bucureşti radiografii de mîini. În cursul aceluiaşi an, profesorul C. Severeanu iniţiază instalarea la Spitalul „Colţea" a unei aparaturi de diagnostic radiologic.

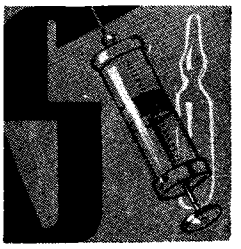


Wilhelm Conrad Röntgen

rozeolă, pete mici de mărimea unui bob de linte pînă la aceea a unui bob de fasole, de culoare roşie-palid, care apar pe piele sub formă de erupţie în unele boli, ca: rubeolă, febră tifoidă, sifilis. Plăcile de rozeolă nu provoacă mîncărimi şi nu prezintă depozite de scuame. În fiecare din bolile arătate, rozeola are o amplasare specifică, ceea ce contribuie la punerea diagnosticului.

rubeolă, boală infecţioasă şi contagioasă acută caracterizată prin: adenopatie cervicală sau chiar generalizată, erupţie în formă de pete rozate neconfluente cu catar oculo-nazal şi febră deseori discretă şi cu complicaţii excepţionale. *Agentul patogen* este un virus. *Poarta de intrare* prin mucoasa nazo-faringiană. Incubaţia durează în medie 16 zile şi este asimptomatică. *Invazia* se manifestă cu simptome puţin evidente ce trec neobservate de bolnav: febră moderată 38°, cefalee, catar oculo-nazal, epistaxis, vărsături. În *perioada de stare* apare o erupţie formată din micromacule eritematoase, roz-palide, rotunde, cu marginile uşor estompate, care n-au tendinţă să conflueze şi puţin proeminente. Erupţia apare în dosul urechii, apoi pe frunte şi obraz, fără a respecta tegumentele din jurul gurii. Evoluează descendent într-un singur puseu. Are durată scurtă, de 24—36 de ore. Nu lasă urme pigmentare. Enantemul este discret (roşeală difuză a amigdalelor cu pete mici roşii, pe mucoasa palatului moale şi cîteva pete hemoragice la nivelul luetei). *Adenopatiile* sînt constante, caracteristice, periferice, cervico-occipitale şi latero-cervicale. Consistenţă relativ dură a ganglionilor. Adenopatia precede erupţia cu 2—4 zile şi o depăşeşte cu 2—6 săptămîni. Febra este variabilă şi inconstantă. Evoluţia este benignă. Face parte din grupa B, adică este de declarare numerică şi izolare facultativă în spital (în caz de complicaţii). Copiii din colectivităţi vor fi izolaţi timp de 7 zile de la apariţia exantemului (perioada de contagiozitate). Se face imunizare cu gamma-globulină în cazul femeilor gravide aflate în mediul epidemic sau imediat după un contact infectant (profilaxia malformaţiilor congenitale). *Tratamentul* constă în repaus la pat, izolarea bolnavului la domiciliu, iar din punct de vedere igieno-dietetic se va da atenţie îngrijirii tegumentelor, mucoaselor, se vor face gargarisme cu ceai de muşeţel, instilaţii nazale şi oculare cu soluţie de acid boric sau protargol 2%. Camera bolnavului trebuie să fie bine aerisită (temperatura camerei, 18—20°). În perioada febrilă se ţine regim lacto-hidric şi cu fructe. După scăderea febrei se trece la regim obişnuit. Simptomatic, în caz de febră se administrează piramidon, în caz de tuse se dau calmante (codeină, dianină), expectorante (infuzie) etc. *Tratamentul complicaţiilor* se va face la spital (antibiotice), cu sedative, ser de convalescent etc.

Russel-Sudzilovski Nikolai (1850—1930), medic revoluţionar rus, de origine poloneză. Fiind urmărit de poliţia ţaristă s-a refugiat la Bucureşti, unde a obţinut în 1877 titlul de doctor în medicină. A funcţionat ca medic la Curtea de Argeş şi Iaşi, îndrumînd totodată cercurile socialiste conspirative care începeau să se constituie în ţara noastră. În 1880 a publicat la Iaşi lucrarea „Un studiu psihiatric urmat de cîteva comentarii asupra ideilor sănătoase", în care se ridică împotriva adversarilor mişcării socialiste şi expune un „program colectivist", cu anumite principii împrumutate din ideologia marxistă. În anul următor este expulzat din Romînia. Medicul revoluţionar se stabileşte pe rînd în Elveţia, Franţa, Bulgaria, S.U.A., Insulele Hawai (unde devine preşedintele senatului local), Japonia, Filipine şi China (stabilise strînse legături cu marele democrat revoluţionar docorul Sun Iat-sen), unde a şi încetat din viaţă.



sadism — vezi perversiuni sexuale

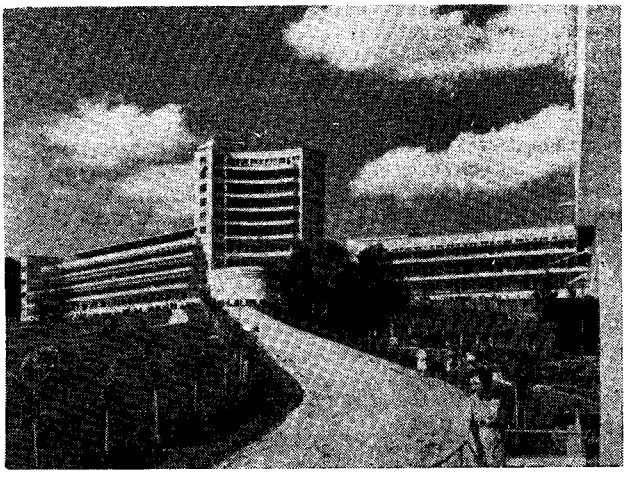
salicilaţi, săruri ale acidului salicilic izolat din coaja de sălcies-au obţinut pe cale sintetică. Aplicaţi pe piele sau asupra mucoasei gastrice, în administrare internă, au o acţiune iritantă locală, dar acest defect este compensat printr-o bună acţiune de scădere a febrei (antipiretică), de calmare a durerii (analgezică), de eliminare a acidului uric (în gută) şi, în sfîrşit, o acţiune antiinflamatorie şi antireumatică mai ales în reumatismul acut. Administraţi însă timp îndelungat şi în doze mari pot da fenomene de gastrită şi pot prelungi timpul de coagulare a sîngelui. Se vor administra, deci, împreună cu bicarbonat şi vitamină K. În general, termenul de salicilat se referă numai la salicilatul de sodiu, care este mai frecvent întrebuinţat în terapeutică, datorită efectelor sale mai mari faţă de alţi salicilaţi. Se prescrie împreună cu bicarbonatul de sodiu în pachete sau caşete, care se administrează pe gură. Aspirina (acid acetilosalicilic CIF) este, de asemenea, un bun analgezic, antiinflamator, iar prin transpiraţia abundentă pe care o provoacă este un bun antitermic.

salubrizare, acţiune de asanare a mediului, la locul de trai sau de muncă al populaţiei. Principalul, în salubrizare, este realizarea unei ordini şi curăţenii perfecte în interiorul locuinţelor şi dependinţele acestora, în curţi, la grajd şi coteţe, pe străzi şi locuri virane, ca şi în atelierele întreprinderilor şi în anexele sanitare ale acestora. Salubrizarea prezintă o mare însemnătate în lupta antiepidemică, fiind ştiut că necurăţenia favorizează mult răspîndirea germenilor bolilor infecţioase. La anumite date se iniţiază de organele ocrotirii sănătăţii, în colaborare cu Crucea Roşie şi alte organizaţii obşteşti, acţiuni speciale de salubrizare şi înfrumuseţare, realizate cu participarea a numeroşi activişti sanitari. În cartiere, aceste acţiuni trebuie sprijinite de toţi gospodarii, prin buna primire făcută echipelor, cît şi — mai ales — prin aplicarea recomandărilor privind îndepărtarea unor eventuale surse de insalubrizare (gunoi rău păstrat, animale crescute fără respectarea normelor igienice etc.). Însă nu este suficient ca acţiunea de salubrizare şi înfrumuseţare să se limiteze la anumite zile speciale; ea trebuie să aibă caracter de continuitate, pentru a-şi îndeplini şi rolul ei educativ, de creare şi întreţinere a unei opinii publice permanent ostile celor certaţi cu igiena şi cu normele unei convieţuiri civilizate, care prin neglijenţele şi abaterile lor aduc prejudicii sănătăţii întregii colectivităţi.

salvare, instituţie medicală dotată cu autoambulanţe şi încadrată cu personal medicosanitar specializat, care acordă primul ajutor în caz de accident şi în caz de îmbolnăvire subită şi gravă, efectuînd transportul rapid al bolnavului la spital. În anumite cazuri, Salvarea deplasează la locul accidentului autosanitare special echipate cu aparataj modern de reanimare. În oraşele şi centrele muncitoreşti ale ţării noastre se iau continuu măsuri pentru îmbunătăţirea funcţionării serviciilor de Salvare, prin lărgirea parcului de autoambulanţe, înfiinţarea de substaţii ale Salvării — pentru a realiza scurtarea distanţelor, deci sporirea vitezei de intervenţie — prin organizarea serviciilor spitaliceşti de primire şi asistare imediată a cazurilor urgente, prin facilitarea posibilităţilor de a cere operativ ajutorul Salvării. În Bucureşti s-a atribuit Salvării un număr special de telefon, 0,6, uşor de memorat, spre a fi format imediat, la caz de nevoie. Trebuie subliniat totodată că buna funcţionare a serviciilor Salvării pretinde şi concursul publicului, prin evitarea chemărilor nejustificate şi prin informarea precisă şi exactă, cu prilejul cererii, a locului unde s-a produs accidentul sau îmbolnăvirea.

sanatoriu, instituție medicală cu paturi, special profilată pentru tratamentul bazat pe aplicarea unor factori naturali: climă, ape minerale, nămol etc. În țara noastră, atît de bogată în factori climaterici și balneari, există o vastă rețea de sanatorii amplasate în

Stație de salvare.



Sanatoriul Moroeni.

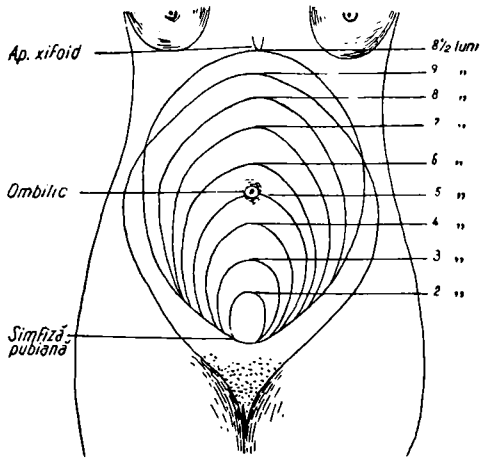
stațiuni de pe litoral, de șes, de deal sau de munte, în raport cu particularitățile factorilor climaterici existenți în stațiunile respective. Majoritatea sanatoriilor sînt amenajate pentru a funcționa cu aceeași eficiență în tot timpul anului. Ele pot fi folosite cu toată încrederea și în lunile anotimpului rece.

sanminim, curs scurt prin care se predau cunoștințele sanitare minime necesare unor categorii de oameni ai muncii, aparținînd unor profesiuni direct legate, prin natura lor, de sănătatea publică. Astfel, cursurile de sanminim sînt obligatorii prin lege pentru personalul unităților alimentare (fabrici de produse alimentare, restaurante, cantine, cofetării, magazine alimentare), pentru lucrătorii din unitățile de frizerie și coafură și pentru personalul care deservește instalațiile centrale de aprovizionare cu apă. Organizarea cursurilor de sanminim revine Inspecției de stat pentru igienă și protecția muncii a teritoriului administrativ (regiune, raion) respectiv.

sarcină, starea în care se află femeia din momentul fecundației pînă la expulzarea produsului de concepție. Sarcina se numește uterină (normală), cînd oul se grefează și se dezvoltă în cavitatea uterină, și ectopică sau extrauterină, cînd grefarea se face în afara cavității uterine. Sarcina durează în medie 280 de zile. Durata sarcinii se stabilește în raport cu data ultimei menstruații. Fiind stabilit că în medie ovulația se produce între a 10-a și a 14-a zi de la menstruație, pentru a afla data fecundației se adaugă 10 zile de la data ultimei menstruații. Pentru a afla data nașterii, se socotesc 9 luni de la această dată (de exemplu, o femeie care a avut ultima menstruație la 1 septembrie, va naște la termen în jurul datei de 10 iunie). Acest calcul este relativ, deoarece, pe de o parte, ovulația nu se produce totdeauna la data fixă în cursul ciclului menstrual, iar pe de altă parte, între ovulație și fecundație poate să treacă cîteva zile. De aceea se socotește că durata unei sarcini este normală între 250 și 300 de zile. În ceea ce privește stabilirea vîrstei sarcinii în raport cu perceperea mișcărilor fetale, este destul de puțin precisă; majoritatea femeilor percep aceste mișcări la 4 luni și jumătate, multe femei însă, mai ales multiparele, percep aceste mișcări la patru luni sau chiar mai devreme. Sarcina se manifestă prin semne subiective și obiective. Dintre semnele subiective, cele mai importante sînt: a) suprimarea menstruației; în cazuri rare, femeia însărcinată poate să aibă una sau două luni sîngerări care pot fi interpretate drept menstruații.

b) tulburări neurovegetative caracterizate prin greţuri, salivaţie exagerată, vărsături, lipsa poftei de mîncare. Unele femei nu mai suportă mirosul de tutun, de mîncare, sau parfumurile. Printre semnele obiective mai importante sînt pigmentarea feţei, dezvoltarea sînilor, cu pigmentarea mameloanelor şi a areolei din jurul lor. Uterul se dezvoltă, din care cauză abdomenul se măreşte cu cît sarcina înaintează. În timpul sarcinii, femeia nu trebuie să-şi modifice felul ei de viaţă, cel puţin în primele luni. În ultimele luni de sarcină, femeia gravidă oboseşte mai uşor şi trebuie să evite eforturile fizice şi munca de noapte. Alimentaţia gravidei are o importanţă deosebită. Pentru dezvoltarea lui, fătul ia o serie de substanţe pe care mama trebuie să şi le înlocuiască prin alimentaţie. Din alimentaţia femeii gravide nu trebuie să lipsească proteinele, carnea, laptele, brînzeturile, iaurtul, ouăle, glucidele (dulciuri şi paste făinoase) lipidele (untul, care este cea mai asimilabilă grăsime, conţinînd şi cantităţi mari de vitamină A şi B). Sărurile de calciu, fosfor şi fier se găsesc în alimentele obişnuite şi nu trebuie administrate prin medicamente de cît în anumite cazuri. Zarzavaturile proaspete, fructele crude, sînt indispensabile femeii gravide. În general, femeia gravidă nu trebuie să se supraalimenteze. Ea trebuie să se cîntărească săptămînal şi să ştie că pînă la sfîrşitul sarcinii nu trebuie că crească în greutate mai mult de 10—12 kg. În caz de tendinţă la îngrăşare va reduce dulciurile din alimentaţie. Un principiu important în alimentaţia femeii gravide îl constituie reducerea cantităţii de sare ingerată, astfel ca spre sfîrşitul sarcinii să poată mînca complet nesărat. Gravida trebuie să doarmă cel puţin 8 ore pe noapte. În aceeaşi măsură este necesar şi exerciţiul fizic în aer liber, adică plimbările pe jos, cel puţin o oră pe zi. Femeia gravidă trebuie să poarte îmbrăcăminte largă, care să nu jeneze circulaţia sîngelui. În ultimele luni trebuie să poarte o centură confecţionată special pentru susţinerea abdomenului, fără a-l comprima. Ciorapii trebuie să fie prinşi de centura abdominală, jartierele rotunde fiind contraindicate, deoarece favorizează apariţia varicelor. Încălţămintea trebuie să fie comodă, în general cu tocuri joase. În tot timpul sarcinii se recomandă o atentă îngrijire a pielii, prin băi la temperatură moderată şi duşuri către sfîrşitul sarcinii. Unghiile vor fi tăiate scurt. O grijă deosebită se va acorda pregătirii sînilor în vederea alăptării. În fiecare seară, mameloanele vor fi frecate cu un prosop aspru şi apoi masate cu lanolină. Se recomandă purtarea sutienului.

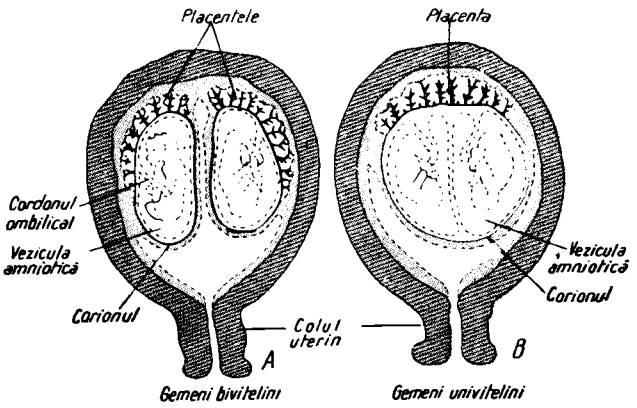
În timpul sarcinii sînt interzise spălăturile vaginale cu irigatorul. În schimb se va face toaleta externă cu apă şi săpun, de preferinţă cu săpun neutru, cum este săpunul de bărbierit. Raporturile sexuale sînt permise numai în primele 7 luni. Orice femeie gravidă



Dezvoltarea uterului gravid.

trebuie să fie consultată lunar de către medicul specialist din policlinică care îi va da sfaturile şi prescripţiile necesare şi-i va recomanda efectuarea analizelor sîngelui şi urinii. În ultimele 2 luni, controlul medical va fi făcut mai des. Gravida nu va lua nici un fel de medicament fără a-i fi indicat de medic, deoarece o serie de medicamente (somniferele, calmantele) sînt periculoase atît pentru mamă, cît mai ales pentru făt. Orice femeie gravidă trebuie să ştie că dezvoltarea fătului şi desfăşurarea naşterii depind în mare măsură de respectarea regulilor de igienă a sarcinii.

Sarcina gemelară. Sarcina poate fi unică, atunci cînd în cavitatea uterină se află un



Sarcină gemelară.

singur făt, sau multiplă, cînd se dezvoltă în acelaşi timp doi sau mai mulţi feţi. În specia umană, numărul cel mai mare de feţi cunoscut pînă acum a fost de 5. Cea mai frecventă este sarcina gemelară sau dublă, care apare în proporţie de aproximativ 1% faţă de sarcinile unice. Cauzele sarcinii gemelare nu sînt încă bine cunoscute. Un rol important se atribuie ereditătii (părinţii născuţi din gemeni pot procrea la rîndul lor gemeni). Sarcina gemelară rezultă în 85% din cazuri prin fecundarea a două ovule ajunse la maturitate în acelaşi timp de către doi spermatozoizi. Sarcina aceasta se numeşte bivitelină, deoarece există două placente, cu două pungi amniotice. Feţii pot fi de acelaşi sex sau de sex diferit. În 15% din cazuri, sarcina gemelară provine dintr-un singur ovul fecundat, care la începutul dezvoltării sale se dedublează, formînd două ouă. În acest caz, feţii sînt totdeauna de acelaşi sex şi perfect asemănători între ei. La naştere, de obicei unul este mai greu de cît celălalt. Naşterea este de obicei mai dificilă, deoarece din cauza distensiei mari a uterului, contracţiile pot fi neregulate. Feţii se nasc unul după altul la interval de 20—30 de minute şi în general sînt sub greutatea normală, de aceea necesită îngrijiri speciale după naştere. *Sarcina patologică.* În timpul evoluţiei sarcinii, echilibrul care există între mamă şi făt se poate rupe, putînd apărea diverse tulburări cu manifestări şi intensităţi diferite de la o gravidă la alta. Toate aceste tulburări au fost numite toxicoze de sarcină, toxemii gravidice, gestoze sau disgravidii. În prima jumătate a sarcinii, ele se manifestă prin greţuri sau vărsături, care pot uneori fi rebele la tratament şi atunci pentru salvarea mamei se impune întreruperea sarcinii. Formele acestea grave de vărsături numite incoercibile trebuie neapărat internate şi tratate în spitalele de specialitate. În a doua jumătate a sarcinii, disgravidiile se manifestă prin apariţia albuminei în urină, edeme, creşterea tensiunii, simptome care trădează prezenţa leziunilor renale. O formă gravă de disgravidie în ultimul trimestru al sarcinii este eclampsia, care pe lîngă simptomele descrise mai sus se caracterizează prin apariţia de convulsii tonico-clonice asemănătoare celor din crizele epileptice. În timpul acceselor eclamptice, gravida îşi poate muşca limba, de aceea ca prim ajutor pînă la venirea medicului se introduce între dinţii bolnavei coada unei linguri (de preferinţă de lemn), înfăşurată în tifon. Apoi gravida va fi aşezată într-o cameră întunecoasă şi liniştită, fiind supravegheată îndeaproape. Tratamentul medical constă în administrarea de morfină (şi derivatele ei), sulfat de magneziu etc. Uneori accesele de eclampsie pot provoca moartea fătului şi, mai rar, a mamei. Pentru aceasta, gravida eclamptică, după primele ajutoare primite la domiciliu, trebuie internată în spital. Pentru prevenirea eclampsiei, disgravidiile trebuie tratate de la început, iar femeia trebuie să respecte regimul alimentar lipsit de sare, prescris de medic. *Sarcină prelungită,* sarcină care durează mai mult de 280 de zile. Prelungirea sarcinii variază între 12 şi 24 de zile. În unele cazuri de sarcină prelungită se poate produce moartea fătului în uter sau imediat după naştere. Cauza prelungirii gestaţiei nu este complet lămurită. Pentru evitarea accidentelor este bine în primul rînd ca gravida să se prezinte la medic din primele luni pentru a se putea stabili cu precizie data probabilă a naşterii, iar cînd naşterea este realmente prelungită, trebuie imediat internată în maternitate, unde va fi supravegheată îndeaproape şi unde se va încerca o declanşare a naşterii, iar în caz de insucces, se va face operaţie cezariană. *Sarcină extrauterină,* fixarea anormală a oului în afara cavităţii uterine. Această fixare se produce cel mai frecvent în diferitele porţiuni ale trompei şi mult mai rar pe ovar, în cavitatea abdominală. De aceea, de obicei cînd este vorba de sarcină extrauterină se înţelege o sarcină tubară (dezvoltată în trompă). Frecvenţa sarcinii uterine faţă de sarcina intrauterină (normală) este în medie de 0,5%. Cauzele care împiedică trecerea ovulului fecundat din trompă în cavitatea uterină sînt numeroase, cele mai frecvente fiind inflamaţiile sau malformaţiile congenitale ale trompei. O cauză favorizantă pare a fi prezenţa, în trompă, de ţesut cu aceeaşi structură ca a mucoasei uterine, aşa-numita endometrioză a trompei. Prezenţa unei sarcini extrauterine se manifestă, pe lîngă simptomele obişnuite ale unei sarcini (greţuri, salivaţie abundentă, vărsături) şi prin dureri abdominale violente şi uneori pierderi de sînge prin vagin. Oul fixat în trompă moare de obicei şi este expulzat, fie prin porţiunea abdominală a trompei (aşa-numitul avort tubar), fie prin ruperea trompei. Ruperea trompei este însoţită de dureri mari, fenomene de hemoragie internă, stare de leşin şi chiar moarte prin hemoragie. Diagnosticul de sarcină extrauterină este greu de pus; orice femeie suspectă de sarcină tubară trebuie internată foarte urgent în spital pentru precizarea diagnosticului. O dată stabilit, tratamentul este unul singur, cel chirurgical. Numai operaţia la timp şi corect executată poate salva viaţa femeii.

sarcom, tumoare formată din celule conjunctive tinere, nediferenţiate. Cu cît aceste celule au aspectul unui stadiu mai tînăr de dezvoltare a ţesutului conjunctiv embrionar, cu atît malignitatea tumorii este mai mare (sarcomul cu celule rotunde este mult mai malign de cît cel fuzocelular). Aspectul tumorii este roz palid, consistenţa este moale, este bine vascularizată, ceea ce explică apariţia complicaţiilor hemoragice şi a trombozelor şi faptul că metastazele se produc aproape exclusiv pe cale sanguină. Este mai rar de cît epiteliomul şi se întîlneşte mai frecvent între

30 și 60 de ani. Sarcoamele sînt mai frecvente la nivelul tegumentelor, în țesut conjunctiv subcutanat, în mușchi și cu precădere la membre. Se mai pot localiza pe mucoasele din jurul orificiilor, mucoasa gastro-intestinală, țesutul conjunctiv intermuscular, tecile sinoviale sau vasculare, în cartilaje (condrosarcom), oase (osteosarcom). Poate fi constituit din celule pigmentare bogate în melanină (melanosarcomul, cu evoluție rapidă, apărînd pe nevii pigmentari traumatizați). Sarcoamele diagnosticate la timp, în faza de evoluție locală, beneficiază de tratament chirurgical și cu raze Röntgen (vezi osteosarcom, limfosarcom).

saturnism, intoxicație cu plumb. Cînd nu se cunosc și nu se respectă regulile de igienă și de protecție a muncii pot să apară îmbolnăviri de saturnism la persoane care lucrează în mediu cu plumb: extracția de minereuri, industria acumulatorilor, industria poligrafică, industria chimică, prepararea și manipularea benzinei etilate etc. Pătrunderea plumbului în organism se produce pe cale digestivă, în special datorită greșelii de a mînca sau fuma fără a spăla în prealabil mîinile, sau pe cale respiratorie, prin aspirarea de praf fin sau de vapori de plumb. Primele semne ale intoxicației cu plumb sînt: dureri de cap, amețeli, slăbire, diminuarea memoriei, scăderea capacității de muncă. Semnele de început mai caracteristice sînt: „lizereul de plumb", care apare ca o dungă albastră-cenușie pe marginea gingiei, în dreptul dinților din față; colorația palid-cenușie a pielii; ușoare tremurături ale mîinilor. Dacă intoxicația este lăsată să progreseze, survin anemia, semne de suferință a tubului digestiv („colica saturnină") și tulburări nervoase. Pe timpul tratamentului este neapărat nevoie să fie întrerupt lucrul în mediu cu plumb, prin schimbarea ocupației. Prevenirea saturnismului se realizează prin: supravegherea medicală activă a celor care lucrează cu plumb, prin examene medicale periodice completate cu ajutorul laboratorului; măsuri tehnice de asigurare a securității muncitorilor; întreținerea în perfectă stare de igienă a locului de muncă; respectarea măsurilor de protecție și de igienă individuală: spălarea mîinilor înainte de a mînca, în pauza de la lucru; evitarea fumatului în timpul lucrului; duș și schimbarea hainelor la plecarea de la lucru.

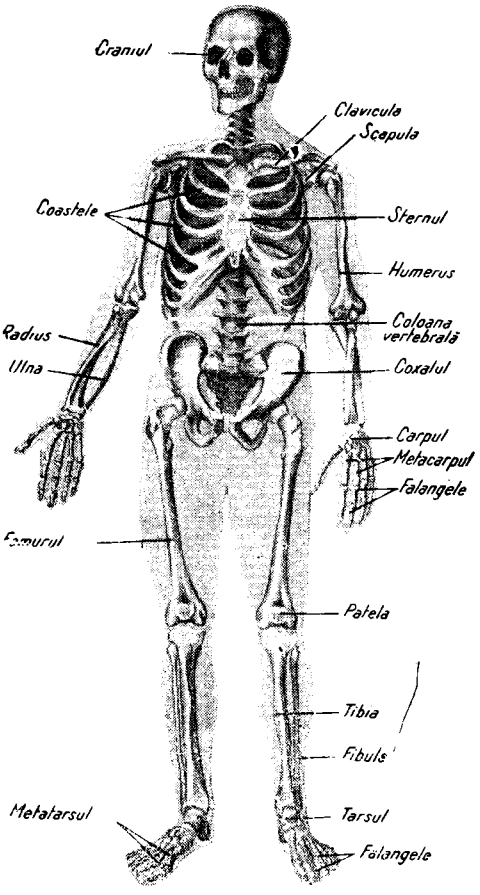
săruri biliare, componente importante ale bilei, luînd naștere la nivelul ficatului prin combinarea acizilor biliari cu doi aminoacizi (glicocolul, taurina) și cu sodiul. Din punct de vedere chimic sînt deci glicocolați și taurocolați de sodiu, producția lor zilnică fiind de circa 10 g, în funcție de bogăția de carne și de unt din alimentație. Ele sînt foarte importante pentru digestie, deoarece stimulează secreția biliară, emulsionează grăsimile alimentare care nu pot fi trecute în sînge de cît dacă sînt combinate cu aceste săruri biliare. De asemenea, ajută la absorbția vitaminelor A, D, E, a fierului și a calciului și ușurează sinteza glicogenului în ficat. Sînt puse în evidență prin scoaterea bilei din duoden cu ajutorul unei sonde de cauciuc (tubajul duodenal), centrifugarea ei și examinarea sedimentului la microscop. În anumite boli, sărurile biliare pot precipita în interiorul veziculei biliare, împreună cu calciu sau cu alte substanțe, formînd calculi biliari (pietre). În aceste cazuri sînt găsiți și calculi extrem de mici în sedimentul biliar (microcalcul), ceea ce denotă tendința de precipitare a sărurilor din bilă.

scabie, boală contagioasă a pielii, provocată de pătrunderea în epiderm a acarului scabiei. Simptomul cel mai caracteristic al scabiei constă în șanțurile acariene făcute de femela acarului, precum și într-o erupție veziculoasă-papuloasă. Localizarea preferențială a șanțurilor acariene și a erupțiilor este pe cutele interdigitale la mîini, zonele articulațiilor pumnului și cotului, pe fese și organele genitale externe la bărbat. În prima copilărie este afectată de multe ori pielea palmelor și tălpilor. Erupția este însoțită de o mîncărime pronunțată, care se intensifică noaptea și la căldură. Mîncărimea duce la leziuni de scărpinătură, care adesea se complică cu piodermite. Răspîndirea scabiei este favorizată de aglomerație și murdărie în încăperile de locuit, de lipsa de igienă. Cazurile de scabie sînt în prezent excepționale în serviciile noastre de boli de piele. Tratamentul constă în ungerea corpului timp de trei zile cu pomezi conținînd sulf. După acest interval se face baie și se schimbă rufăria.

scarlatină, boală infecto-contagioasă acută, caracterizată prin: febră, angină, exantem, urmată în convalescență de descuamație. Uneori pot surveni complicații precoce sau tardive. Agentul patogen este streptococul hemolitic. Infecția (germenul) se transmite pe cale aerogenă sau prin obiecte contaminate. Este posibilă și molipsirea „prin a treia persoană" (purtători sănătoși). Bolnavul este contagios în tot timpul bolii. Frecvența cea mai mare este la copiii între 3 și 9 ani, în lunile de toamnă-iarnă. Scarlatina netratată cu antibiotice lasă o imunitate durabilă; cazurile de îmbolnăvire repetată sînt extrem de rare. *Incubația* este de 1—11 zile (mai frecvent 3—6 zile). *Invazia*: debutul este totdeauna acut (brusc). Temperatură 38—39°, dureri de cap, dureri în gît și deseori grețuri urmate de vărsături. La sfîrșitul primei zile de boală, uneori și în a doua zi, se instalează perioada de stare. Pe piele apare o erupție roșie, aspră la pipăit. Fondul general al pielii devine roz-palid. Erupția este mai pronunțată în regiunea inghinală și la plica cotului, fiind dispusă aici în formă de linii (semnul Grozovici și Pastia); este prezentă pe suprafețele laterale ale cutiei toracice, pe partea inferioară a abdomenului. Pe măsură ce boala

evoluează, erupţia devine mai intensă, se contopeşte şi dă impresia de roşeaţă generală (eritemul scarlatinos). Uneori erupţia este însoţită de mîncărime. *Simptomul caracteristic* al scarlatinei este triunghiul palid în jurul nărilor şi al gurii (aşa-numitul triunghi scarlatinos). În faringe, o roşeaţă pronunţată; pe amigdale apar uneori depozite purulente. La începutul bolii, limba este uscată, încărcată; după 2—3 zile de boală începe să se cureţe dinspre vîrf către bază, căpătînd o coloraţie caracteristică smeurei. Ganglionii limfatici se măresc; pulsul se accelerează şi tensiunea arterială creşte. În urină apare deseori albumină. Numărul de leucocite creşte pînă la 15 000 /mm³, iar viteza de sedimentare a hematiilor (V.S.H.) ajunge pînă la 30—55 mm după o oră. Perioada acută durează circa 5 zile, după care temperatura scade, erupţia păleşte şi dispare. Toate simptomele descrise mai sus dispar în a 7-a—a 12-a zi de boală şi astfel se trece la perioada de deferescenţă, caracterizată prin: dispariţia erupţiei, descuamarea pielii. Scuamele desprinse la bolnavii trataţi cu antibiotice nu sînt infectate. Descuamarea începe la mîini şi picioare, dinspre vîrful degetelor (în unele locuri, pielea se desprinde în lambouri, în altele în scuame mici — descuamare furfuracee). *La forma frustă de scarlatină* se constată de obicei temperatura normală sau uşor crescută; dispoziţia copilului suferă foarte puţin, iar erupţia este într-atît de slab exprimată, încît cei din jur nici nu o observă. Aceşti copii, frecventînd colectivităţile, devin transmiţători ai bolii. *Forma toxică* de scarlatină este gravă, dar mai rară. Consultarea din timp a medicului salvează deseori viaţa bolnavului. În scarlatina hipertoxică sau fulgerătoare (care se întîlneşte foarte rar), toate simptomele descrise evoluează uimitor de repede. *Scarlatina septică* este însoţită în general de complicaţii supurate (mai ales la copii în vîrstă de 2—3 ani). Foarte rar se întîlneşte aşa-numita *scarlatină hemoragică*, în care se constată hemoragii masive subcutanate şi ale mucoaselor. Această formă de scarlatină se termină în mod obişnuit cu moartea. *Complicaţiile scarlatinei*: a) timpurii şi b) tardive. Pot să apară în toate formele de scarlatină, mai frecvent la copiii imaturi şi slăbiţi, ca urmare a unor boli infecţioase anterioare. *Complicaţiile* sînt datorite, fie toxinei streptococului hemolitic (complicaţii toxice), fie streptococului însuşi (complicaţii septice sau alergice). Se cunosc complicaţii otorinolaringologice (angine pseudomembranoase, angine ulceroperforante, supuraţii ganglionare, limfadenită, otită medie, mastoidită), complicaţii renale (nefrita precoce, nefrita azotemică precoce, glomerulonefrita acută difuză); complicaţii pleuropulmonare (pleurezia sero-fibrinoasă); cardiovasculară (miocardită, endocardită, pancardită); articulare (reumatism scarlatinos precoce, artrite purulente); nervoase (meningita purulentă, encefalita). *Profilaxie*: a) depistarea cazului; b) declararea obligatorie a cazurilor confirmate sau suspecte, în primele 24 de ore; c) izolarea bolnavilor şi a suspecţilor în spitalul de boli contagioase 6 zile timp în care se face tratament; eliberarea bolnavului este permisă numai după trei examene ale exsudatului faringian, care trebuie să fie negative; d) izolarea convalescenţilor acasă pînă la 28 de zile; e) măsuri faţă de contacţi; în caz că exsudatul faringian este pozitiv, izolare timp de 6 zile şi tratament cu penicilină pînă la sterilizare; f) dezinfecţia apartamentului.

schelet, susţinătorul corpului, format din organe independente articulate, numite *oase* (vezi os), alcătuit din 198 de oase principale, repartizate după cum urmează: coloana ver-



Schelet

tebrală + sacru + coccis = 26 de oase. Craniu + oasele feţei = 22 de oase. Osul hioid = 1. Coastele şi sternul = 25 de oase. Oasele membrelor superioare şi inferioare = 124. Greutatea totală a scheletului este de aproximativ

5—6 kg la omul adult normal. Această greutate este dispusă în două părți egale, despărțite printr-un plan care trece în dreptul ombilicului, prin centrul de greutate al corpului existent aproximativ în dreptul vertebrei a II-a lombare. În mare, acest schelet este alcătuit din grupări de oase care contribuie la formarea unor *cavități* (craniu, torace, abdomen, bazin), precum și la *scheletul extremităților* (braț, antebraț, mînă, coapsă, gambă, picior). La locul de unire a extremităților cu trunchiul, există un ansamblu de oase care alcătuiesc așa-numitele centuri: *centura scapulară*, care unește membrele superioare de trunchi, *centura pelviană*, care unește membrele inferioare de trunchi, formînd în același timp și așa-numitul bazin osos. Structura scheletului este în așa fel făcută, încît greutatea corpului, să poată fi transmisă în mod egal membrelor inferioare. Servind ca puncte de sprijin pentru mușchi, scheletul formează împreună cu mușchii *aparatul locomotor*. În cadrul aparatului locomotor, oasele servesc ca pîrghie (vezi mușchi). O dezvoltare anormală a scheletului, sau afectarea lui duce la modificări de aspect și poziție ale corpului sau ale unei porțiuni anumite. Între bărbat și femeie există anumite diferențe, în sensul că pentru aceeași vîrstă scheletul bărbatului este alcătuit din oase de dimensiuni mai mari și cu proeminențe mai accentuate, fapt care coincide cu dezvoltarea mai accentuată a musculaturii la bărbat.

schizofrenie, (demență precoce, sindrom discordant) boală psihică gravă caracteristică prin caracterul de destrămare psihică. Boala apare la tineri, mai ales între 20 și 30 de ani, foarte rar peste 40 de ani, dar și sub 20 de ani. Cauza bolii nu se cunoaște. Totuși, o serie de boli care slăbesc și scad rezistența organismului pot să ducă la declanșarea bolii: boli febrile grave (tifos, tuberculoză), traumatisme psihice (supărări). O dată apărută, boala are un caracter progresiv, mergînd pînă la demență (vezi demență). Începe de multe ori necaracteristic, ca o neurastenie (vezi neurastenie), ca o psihastenie, ca o stare maniacală (vezi manie), ca o stare depresivă (vezi melancolie), ca o stare de halucinații sau delirantă, ca o modificare de caracter, sau ca o scădere accentuată a judecății și gîndirii bolnavului. Boala o dată apărută poate îmbrăca mai multe aspecte, de la caz la caz: forma catatonică: ceea ce ne impresionează la bolnavi este păstrarea unei poziții foarte curioase sau incomode timp îndelungat (într-un picior, în pat cu pătura peste cap); forma hebefrenică: bolnavii se comportă ca niște copii cu totul în contrast cu vîrsta, la care se adaugă tulburări psihice și de comportament destul de accentuate; forma paranoidă: predomină delirurile care deși îmbracă un caracter relativ sistematizat, logica lor este nereală, datorită degradării psihice a schizofrenicului; forma circulară: adică cu aspectul din psihoza maniaco-depresivă. Ceea ce caracterizează schizofrenia sînt fenomenele de degradare și sărăcire a psihicului bolnavilor. Formele de manifestare nu sînt stricte, ele se pot intrica. Schizofrenicii prezintă o sărăcire afectivă, ambivalență, bizarerii, izolare în sine. *Tratamentul* se face numai în spital și se aplică diferențiat, după forma bolii și după condițiile de apariție. În foarte puține cazuri, bolnavul se poate vindeca complet, în cazuri mai numeroase se vindecă „cu defect", iar în cele mai multe, vindecarea este aparentă și întreruptă de recidive.

sciatică, suferință a nervului sciatic. Se întîlnește în general la adulți între 30 și 50 de ani. În producerea sciaticii, în marea majoritate a cazurilor intervine *hernia de disc*, adică compresiunea pe care o exercită discul intervertebral asupra rădăcinilor nervoase ale sciaticului. La acest factor mecanic, legat de modificările discului se suprapune și un proces local de inflamație; așa se explică de ce durerile din sciatică se exagerează la frig umed sau sub acțiunea unei infecții de la distanță (*infecția de focar*). Bineînțeles că unele anomalii înnăscute (spina bifida, sacralizare, lombalizare) sau dobîndite (picior plat) pot favoriza apariția unei sciatici prin hernie de disc. În afara herniilor de disc, la instalarea unei sciatice mai pot interveni și alte îmbolnăviri, dar acestea sînt cu mult mai rare, care să dea o *sciatică secundară sau simptomatică*. Aceste îmbolnăviri sînt: morbul Pott, tumorile măduvei spinării sau ale vertebrelor, inflamațiile foițelor meningiene, spondilita ankilopoietică. Semnele sciaticii sînt durerile puternice care pleacă din regiunea șalelor și coboară de-a lungul membrului inferior pînă în călcîi sau degetul mic. Durerile se intensifică la aplecarea înainte a trunchiului sau la îndoirea coapsei pe bazin, datorită alungirii sciaticului. Ele se mai intensifică în timpul tusei, al strănutului ca urmare a presiunii crescute care se produce asupra rădăcinii iritate a nervului. Durerile din sciatică se însoțesc adesea de amorțeli sau furnicături în membrele inferioare. La radiografie se constată modificări ale poziției coloanei lombare, uneori anomalii vertebrale sau alterarea discului intervertebral, care se traduce prin strîmtarea („pensarea") spațiului dintre vertebre. *Tratamentul* preventiv al sciaticii urmărește întîrzierea procesului de uzură discală și întărirea mușchilor și ligamentelor care sprijină coloana vertebrală. În acest scop se recomandă gimnastică, evitarea staționării prelungite în picioare și a eforturilor fizice exagerate, a pozițiilor incorecte, nefiziologice, în cursul muncii și corectarea tulburărilor de statică (picior plat). O dată declarată, sciatica se poate vindeca în cîteva zile pînă la o lună. Există însă unele forme de boală foarte rebele la orice tratament. Dacă la unii bolnavi o medicație simplă, compusă din aspirină sau piramidon, asociată cu repaus pe un pat tare, face să dispară sci-

atica, la alţii, un tratament complex cu infiltraţie cu xilină şi hidrocortizon nu reuşeşte de cît să amelioreze boala. Atunci cînd durerea supărătoare nu încetează, se recurge la raze Röntgen pentru a scădea inflamaţia nervului sau la extensia coloanei vertebrale (vertebroterapie), menită să lărgească spaţiul dintre vertebre şi astfel să permită reducerea herniei discale. După ce durerile s-au liniştit, în formele cu tendinţă la cronicizare, se recomandă gimnastică medicală şi masaj, precum şi cură balneară în staţiunile Victoria, Herculane, Govora, sau în cele de pe litoral.

sclerită, inflamaţie a scleroticii. Se manifestă prin apariţia unor mici noduli congestivi pe suprafaţa sclerei, ce se pot însoţi de fotofobie şi lăcrimare. Uneori inflamaţia se limitează la straturile superficiale ale sclerei, constituind episclerita, care are manifestări asemănătoare cu sclerita, dar mult mai reduse ca intensitate. Se datoreşte de obicei reumatismului sau unor stări alergice. *Tratament*: antireumatice, instilaţii cu soluţie de hidrocortizon şi soluţii calmante.

sclerodermie, dermatoză de cauză necunoscută, caracterizată printr-o îngroşare şi întindere a pielii, datorită unei formări în exces a ţesutului conjunctiv din derm şi hipoderm. Boala poate apărea pe teritorii limitate de piele sub formă de benzi, inele şi mici insule sau poate cuprinde aproape întreaga suprafaţă a corpului, cînd este deosebit de gravă, putînd împiedica mişcările respiratorii sau de înghiţire ale bolnavului. Pielea apare întinsă, lucioasă, rece, tare, imposibil de strîns în cute, aderentă de planurile profunde. În cazul îmbolnăvirii degetelor se dezvoltă aşa-numita sclerodactilie, în care, pe lîngă simptomele descrise mai sus, degetele iau o poziţie fixă, semiîndoite, ca o gheară. Tratamentul sclerodermiei este de lungă durată şi constă în antibiotice, preparate glandulare (mai ales cortizonice), masaje, gimnastică, băi de nămol.

scleroză în plăci, scleroză multiplă, leuconevraxită, boală datorită unor leziuni multiple în substanţa cerebrală, a căror cauză nu este precizată pînă în prezent. Se susţine fie o infecţie virotică, fie o infecţie microbiană, fie o reacţie nespecifică, alergică a sistemului nervos. Oricare ar fi cauza, leziunile care apar în substanţa nervoasă se caracterizează prin focare de demielinizare (distrugerea învelişului de mielină al fibrelor nervoase). Este o boală care apare mai ales la vîrstă adultă. Boala apare în puseuri (perioade de agravări), în fiecare puseu lăsînd tulburări nervoase permanente care astfel se înmulţesc şi se agravează cu fiecare nou puseu. Fenomenele nervoase ale bolii sînt foarte variate: pareze, paralizii, tulburări de echilibru, tulburări de vorbire, tulburări de vedere prin leziunile care apar în fasciculul piramidal cu rol în mişcările voluntare, în sistemul vestibular cu rol în păstrarea echilibrului, în cerebel (creierul mic) cu rol în coordonarea mişcărilor. Este o boală gravă şi pentru prevenirea ei se vor evita frigul, oboseala excesivă, umezeala, bolile febrile, alcoolul, focarele de infecţie (dinţi stricaţi, amigdale inflamate). Boala se tratează numai în spital şi numai după recomandarea medicului.

scleroză laterală amiotrofică, boală degenerativă caracterizată prin pareze, paralizii şi atrofii ale muşchilor membrelor şi ale musculaturii ce participă la vorbire şi deglutiţie (adică a limbii, maseterului, faringelui). Se datoreşte distrugerii lente a celulelor motorii din coarnele anterioare ale măduvei, precum şi a celulelor piramidale din scoarţa cerebrală, a căror prelungire pînă la celula motorie din măduvă o formează fasciculul piramidal care comandă mişcările voluntare. Se deosebesc o formă medulară, unde predomină paraliziile şi atrofiile mîinilor şi picioarelor, şi o formă bulbară, denumită paralizia bulbară progresivă, unde predomină tulburările de deglutiţie şi de fonaţie. Boala evoluînd, cele două forme se intrică. Ea progresează destul de repede, iar ca tratament se pot face masaje musculare, se administrează vitamine. În afara acestei boli, a cărei cauză nu se cunoaşte, mai există şi boli care se pot însoţi de simptome asemănătoare cu cele ale sclerozei laterale amiotrofice. Astfel de tulburări pot apărea după infecţii sifilitice şi în unele encefalite. *Tratamentul* este al bolii respective.

scleroză pulmonară, suferinţă inflamatoare cronică cicatriceală a plămînului care rezultă în urma unor afecţiuni bronhopulmonare sau pleurale, cel mai adesea de natură tuberculoasă ori pneumoconiotică. Scleroza pulmonară însoţeşte sau urmează boala cauzatoare, iar la rîndul ei poate favoriza dezvoltarea altor suferinţe pulmonare: emfizem, bronşită cronică, bronşiectazie. Tulburările sînt în raport cu întinderea procesului de scleroză: dispnee mai ales de efort, tuse, manifestări de bronşită; cu timpul apar semne de insuficienţă cardiacă dreaptă (vezi insuficienţă cardiacă). *Tratamentul* are drept scop prevenirea şi vindecarea suferinţelor asociate care complică scleroza pulmonară: bronşită, bronşiectazie, hemoptizie, insuficienţă cardiacă.

scoarţă cerebrală, zonă din creier formată în special din celule nervoase şi care acoperă în întregime emisferele cerebrale. Scoarţa cerebrală este caracteristică animalelor evoluate (cîini, pisici, maimuţe) şi ajunge la maximum de dezvoltare la om. Cu cît animalul este mai evoluat, cu atît şi scoarţa cerebrală este mai întinsă. Deoarece creierul se dezvoltă în cutia craniană osoasă, inextensibilă, pentru a-şi mări suprafaţa, scoarţa se cutează şi dă naştere şanţurilor şi circumvoluţiilor cerebrale atît de dezvoltate la om (datorită multiplelor funcţii pe care le are). Cu ajutorul acestor cute (şanţuri), ca reper, creierul a fost împărţit în mai mulţi lobi: frontali, parietali, occipitali, temporali. Momentan se foloseşte împărţirea pe „cîmpuri"

a lui Brodman (cîmpuri citoarhitectonice). Celulele de la nivelul scoarței cerebrale au legături între ele (prin sinapse) și legături cu diferiți nuclei din creier, trunchi sau măduvă. În acest fel, scoarța cerebrală este informată de toate fenomenele sau tulburările ce apar în mediul extern (în afara omului), cît și în mediul intern (de la organele diferite din corpul omului). Deși în realizarea funcției sale scoarța lucrează în întregime, totuși sînt zone unde se face legătura directă cu diferiți analizatori (nervi care transmit la scoarță impulsuri senzitive, senzoriale). Studiindu-se la animale și la om funcțiile diferitelor zone din scoarța cerebrală, s-au observat următoarele: în lobul frontal se găsesc mai multe zone (sau cîmpuri) care au ca funcție mișcarea voluntară. O leziune la acest nivel, de o anumită parte, dă naștere la o hemipareză sau hemiplegie (paralizie) de partea opusă, deoarece fibrele care iau naștere în fasciculul piramidal se încrucișează în trunchiul cerebral. De asemenea, după leziuni în regiunea anterioară a lobilor frontali au apărut tulburări în comportamentul bolnavilor, pierderea deprinderilor căpătate prin educație, lipsa de atenție, tulburări de memorie (bolnavii pot urina în mijlocul camerei, nu își recunosc camera sau patul). Explicația constă în aceea că prin aceste leziuni s-au distrus legăturile cu celelalte zone ale scoarței, pe de o parte, și cu mediul intern, pe de altă parte, legături foarte dezvoltate la acest nivel. La lobul parietal vin în special impulsurile nervoase transmise de receptorii periferici care duc la scoarță senzațiile dureroase, tactile, de presiune, de poziția membrelor sau a trunchiului. Leziunile la acest nivel de o anumită parte duc la tulburări de sensibilitate în jumătatea opusă a corpului. La lobul occipital vin impulsurile nervoase, produse de excitațiile luminoase de la ochi. Leziunea unui lob occipital duce la pierderea vederii pe jumătate de cîmp vizual, la ambii ochi; dacă leziunea este, de exemplu, în dreapta, bolnavul nu va vedea cu fiecare ochi în cîmpul vizual din stînga. Dacă leziunea a dus la distrugerea ambilor lobi occipitali, bolnavul nu vede cu ambii ochi, dar deoarece el nu poate face comparație cu tipuri diferite de senzații luminoase, nu are conștiința acestei tulburări. Constatăm atunci la bolnav că, deși nu vede, nu știe că nu vede! În lobul temporal vin impulsurile de la analizatorul auditiv (ureche) și cel vestibular (care asigură echilibrul corpului). Tulburările pe care le observăm în leziunile lobului temporal la om pot fi: senzația de zgomote fără obiect (halucinoze auditive); senzația unor mirosuri neplăcute fără obiect (halucinații olfactive); senzația că locul unde se găsește pentru prima dată l-a mai văzut altădată sau, invers, senzația că nu mai recunoaște locul unde se găsește de mult timp. Acestea apar în crizele de epilepsie temporală (uncinate). Ambele emisfere cerebrale au zone în scoarță, unde se analizează fiecare tip de senzație (pentru sensibilitatea superficială și profundă, lobul parietal; pentru mișcare, lobul frontal). Emisferul major este emisferul stîng (la cei mai mulți, la dreptaci; la stîngaci, invers). Aici, pe lîngă existența funcțiilor de mai sus, se găsește o zonă mai întinsă, care are rol în funcția limbajului. Această zonă nu este de sine-stătătoare, ci se intrică cu zonele celorlalți analizatori corticali (analizatorul senzitiv, vizual, motor, auditiv). De aici înțelegem că funcția limbajului se realizează în strînsă legătură cu acești analizatori, prin care se leagă conținutul limbajului de realitatea obiectivă, de mediul social în care se dezvoltă omul. Astfel pentru ca omul să poată executa un ordin este nevoie de integritatea analizatorului (din scoarța emisferului major) prin care aude cuvintele ce i se spun, le înțelege și le compară cu experiența sa proprie; de asemenea, este nevoie de integritatea analizatorului vizual (din scoarța emisferului major) prin care vede cuvîntul scris, îl înțelege și îl compară cu experiența sa proprie. Este nevoie de integritatea analizatorului motor din lobul frontal (din scoarța emisferului major), pentru a executa mișcările corespunzătoare în vederea realizării sunetelor din care sînt constituite cuvintele. Între aceste zone se află zone intermediare prin care acești analizatori importanți în funcția limbajului se interconectează cu restul scoarței, deoarece cuvîntul nu este un simplu act reflex, automat, ci este funcția cea mai superioară a omului, care îl umanizează și îl transformă obligatoriu într-o ființă socială (care nu poate trăi în afara societății). Scoarța cerebrală are structură și funcție foarte complexe. Celor care doresc să o studieze, le recomandăm să citească lucrări privind anatomia și fiziologia sistemului nervos central și îndeosebi lucrările lui Pavlov.

scolioză, apariția unei curburi laterale a coloanei vertebrale. Curbura principală este de obicei toracică; deasupra și dedesubtul ei apar curburi de compensație, cu scopul de a

Scolioză.

restabili echilibrul trunchiului. Cauzele sînt numeroase. Scolioza care se întîlneşte mai frecvent apare la adolescenţă şi în special la fetele subţiri şi svelte, care au crescut repede. Cauze: o dezvoltare slabă şi o stare de atonie a musculaturii sacro-lombară care rezultă din lipsa exerciţiilor fizice, anemie. Coloana vertebrală deviază sub influenţa atitudinilor vicioase luate de copil, mai ales în timpul scrisului. Scolioza genitală rezultă dintr-o anomalie vertebrală. Scolioza statică urmează unei înclinări a bazinului şi trunchiului, datorită unui membru inferior mai scurt. Scolioza rahitică apare la copii între 2 şi 7 ani. Este important de a descoperi scolioza la început, cînd este mică, „mobilă", şi tratamentul este eficace, şi nu în faza „fixă", definitivă, prin deformaţii, cînd tratamentul este puţin eficace. De aceea, copiii trebuie regulat controlaţi, diagnosticul punîndu-se la inspecţia coloanei vertebrale cînd se observă deviaţia. Dacă această linie se îndreaptă cînd copilul se apleacă înainte, prognosticul este bun. Diagnosticul va fi confirmat prin radiografia coloanei vertebrale. *Tratamentul* constă în gimnastică medicală sub controlul specialistului, care va avea scopul să întărească musculatura coloanei vertebrale. Copilul va dormi pe un pat tare. *Tratamentul preventiv*, care constă în supravegherea atentă a copilului în timpul scrisului, în combaterea atitudinilor vicioase în bancă sau cînd stă în picioare, cît şi în gimnastică, este cel mai indicat în prevenirea scoliozei adolescenţilor.

scotom, pată existentă în cîmpul vizual, care se deplasează o dată cu mişcările ochilor. Există un scotom care se întîlneşte la orice persoană cu vederea normală: pata oarbă. Scotomul poate fi pozitiv, cînd este văzut ca o pată neagră, sau negativ, cînd apare ca o lipsă în cîmpul vizual. De cele mai multe ori, scotoamele se datoresc leziunilor retinei şi ale nervului optic.

scrofuloderma, formă de tuberculoză a pielii caracterizată prin noduli localizaţi în hipoderm (gome tuberculoase). Gomele tuberculoase cresc foarte încet, în luni şi chiar ani, atingînd uneori mărimea unor alune sau nuci. La un moment dat, conţinutul lor se înmoaie şi se elimină la suprafaţa pielii sub forma unui puroi vîscos, amestecat cu resturi de ţesuturi distruse. Vindecarea este lentă şi se face printr-o cicatrice neregulată, înfundată. Localizarea lor de predilecţie este pe gît, membre, trunchi. Gomele tuberculoase se întîlnesc mai ales la copii şi adolescenţi şi reprezintă consecinţa fixării, în grosimea pielii, a bacilului tuberculozei adus pe cale limfatică de la un focar din profunzime (oase, ganglioni, articulaţii). Tratamentul, pe lîngă repaus, cure heliomarine şi susţinerea stării generale, constă în administrarea medicamentelor specifice antituberculoase: hidrazida acidului izonicotinic, streptomicină, PAS.

scuamă, cojiţă fină ce se dezlipeşte de pe suprafaţa intactă a pielii. Scuamele se formează în special în acele boli care evoluează cu inflamaţie: psoriazis, scarlatină, eczemă. După aspectul şi consistenţa lor, scuamele pot fi: pitiriaziforme (tărîţoase), psoriaziforme (în lamele compacte, suprapuse), în lambouri mari (cînd se desprind ca un deget de mănuşă — în scarlatină) etc., şi reprezintă de multe ori un simptom sigur pentru diagnosticul bolii în care au apărut. Întrucît unele scuame pot fi contagioase (conţinînd microbi sau ciuperci), este necesar să se vegheze la respectarea cu stricteţe a regulilor de igienă în perioadele de descuamaţie din anumite boli.

seboree, stare rezultînd din funcţionarea exagerată a glandelor grăsoase (sebacee) ale pielii (vezi acnee, alopecie, mătreaţă).

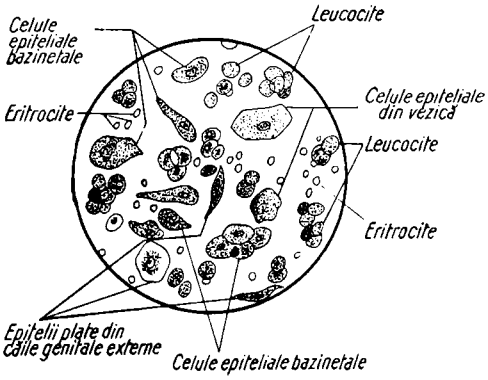
Secenov Ivan Mihailovici (1829—1905), fiziolog şi gînditor materialist rus. Şi-a dat demisia din postul de profesor la Academia medico-chirurgicală din Petersburg, ca protest împotriva neconfirmării numirii lui Mecinikov la aceeaşi instituţie. Ulterior a fost profesor la universităţile din Odesa, Petersburg şi

Ivan Mihailovici Secenov

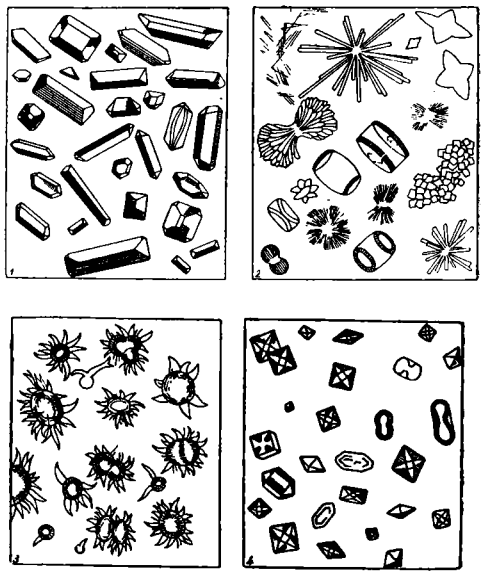
Moscova. Un răsunet excepţional a avut lucrarea sa „Reflexele creierului" (1863), în care oferă o explicaţie strict fiziologică proceselor psihice. El demonstrează că întreaga viaţă sufletească nu reprezintă altceva decît o complicată însumare de acte reflexe. Pe făgaşul deschis de Secenov, I. P. Pavlov a dezvoltat ulterior teoria sa asupra activităţii nervoase superioare a omului. Cenzura a interzis multă vreme publicarea în volum

separat a lucrării, care apăruse mai întîi într-o revistă. Scrierea aceasta a devenit una din cărţile de căpătîi ale tineretului revoluţionar din Rusia, care aprecia orientarea ei materialistă şi ateistă.

sediment (examenul microscopic al sedimentului), termen prin care se defineşte cercetarea anumitor formaţiuni (celule şi resturi celulare, cristale, microbi etc.) ce se depun într-un lichid recoltat din organism, fie că depunerea are loc în mod spontan, fie că este obţinută (preferabil) prin centrifugare. Exemple: a) *Sediment biliar*, cercetat în bila obţinută prin tubaj duodenal şi centrifugată. Intubaţia se practică dimineaţa pe nemîncate, cu o sondă subţire de cauciuc, care are la capăt o **olivă** metalică găurită (sonda Einhorn). După ce capătul sondei a trecut de faringe, bolnavul înghite pînă la diviziunea 45, apoi, stînd culcat pe dreapta, înghite încă 15 cm, porţiune cu porţiune. Uneori este necesară o pauză de 25 de minute fără să înghită, pentru a lăsa timp sondei să treacă de orificiul de evacuare a stomacului (pilor). Aceasta se verifică la examenul radiologic şi dacă sonda este în duoden se extrage bilă, care vine spontan, de culoare galbenă-portocalie (bilă A). La un moment dat, culoarea bilei externe devine brună (bilă B mai concentrată) din vezicula biliară. Cînd bila B nu vine spontan, se injectează pe sondă, ulei sau sulfat de magneziu. După scurgerea bilei B urmează o bilă limpede, deschisă la culoare, galbenă-citrin (bilă C sau hepatică). După ce s-a măsurat cantitatea fiecărui tip de bilă, precum şi timpul de scurgere ai fiecăreia, bila este dusă la laborator, unde se centrifughează, sedimentul fiind examinat la microscop. În sedimentul biliar normal se găsesc celule epiteliale, mucus, cristale de colesterol, săruri biliare şi floră microbiană provenită din stomac. Patologic pot fi găsiţi paraziţi ca *Lamblia* sau larve de *Strongiloides* vii; alteori, semne de inflamaţie a căilor biliare sau a duodenului, leucocite, cilindri de mucus şi cilindri de săruri biliare, uneori microcalculi şi eritrocite. Stabilirea nivelului inflamaţiei se face comparînd rezultatele sedimentului din cele trei tipuri de bilă. b) *Sediment gastric* obţinut din lichidul gastric extras prin tubaj dimineaţa pe nemîncate sau după prînzul de probă, care conţine alcool sau cafeină. Se centrifughează şi se examinează la microscop. Normal se găsesc epitelii, rare leucocite provenite din secreţiile nazofaringiene, mucus, rare microorganisme şi ciuperci. Patologic se găsesc elemente ce dovedesc inflamaţia (foarte multe leucocite, microbi, celule epiteliale, mucus) sau elemente ce dovedesc o evacuare întîrziată (grăsimi, cristale de tirozină şi leucină). În caz de cancer gastric se pot găsi celule canceroase, iar în caz de ulcer, elemente inflamatorii, iar dacă ulcerul sîngerează, eritrocite. c) *Sediment al lichidului cefalorahidian*, obţinut prin puncţie lombară, suboccipitală sau în ventriculii cerebrali. În sediment se găsesc în mod normal globule albe (limfocite, neutrofile). Pentru a le deosebi, este necesar ca din sediment să se facă preparate microscopice colorate, unele pentru sînge şi altele pentru microbii care eventual s-ar găsi în caz de meningite purulente. Patologic se poate găsi o creştere enormă a leucocitelor



Elemente celulare ce pot fi observate în sedimentul urinar (examen microscopic)



Sedimentul urinar: *1, 2, 3, 4* — diferite tipuri de cristale ce pot fi întîlnite în urină

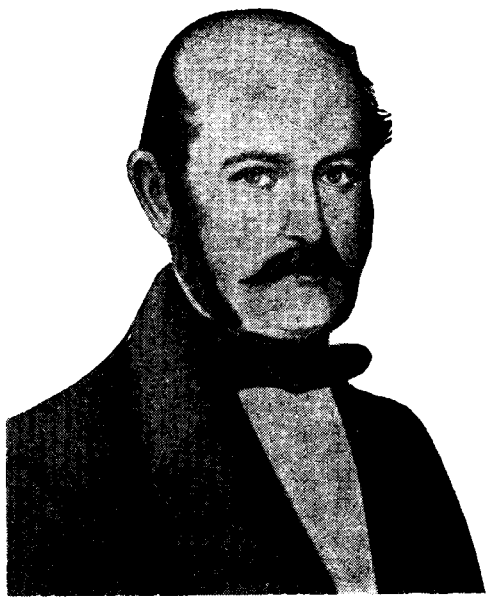
(neutrofile în meningite acute, limfocite în tuberculoză meningiană), eritrocite şi microbii care au cauzat boala; d) *sediment urinar*: urina recoltată nu mai mult de 3—4 ore se centrifughează şi din sediment se fac lame colorate pentru examenul cito-bacteriologic, iar din rest se examinează între lamă şi lamelă la microscop. Normal se găsesc celule epiteliale mai des la femei (provin în mare parte din vagin), levuri (ciuperci), rare leucocite, mucus şi rare săruri, ca fosfat amoniaco

magnezian, urați și cristale de oxalat de calciu, acid uric etc. Patologic, pot apărea eritrocite (sîngerări renale, nefrite), foarte multe leucocite și mucus, o abundență de cristale de un singur fel (calculoză renală), sau cilindri (vezi cilindri), în nefrite, nefroze. e) *Sediment de ascită sau de lichid pleural*; lichidele se obțin prin puncție cu trocar (ac special), pentru lichidul de ascită (paracenteză), și cu ac de seringă, pentru lichidul pleural (puncție pleurală). În sedimentul obținut după centrifugare în mod normal se găsesc numai cîteva celule epiteliale și foarte rare eritrocite provenite de la trecerea acului prin țesuturi. Patologic, se pot găsi numeroase eritrocite sau leucocite neutrofile (procese inflamatorii acute), limfocite (procese de natură tuberculoasă), celule canceroase sau microbi (în afecțiuni purulente).

Semașko Nikolai Aleksandrovici (1874—1949), medic sovietic, remarcabil organizator sanitar și igienist social. Ca student în medicină la Moscova intră, în 1893, într-un cerc de marxiști. Peste doi ani este arestat și exilat. În timpul revoluției din 1905 a organizat serviciul de prim-ajutor pentru insurgenți la Nijni-Novgorod. Emigrează apoi în Elveția, unde îl întîlnește pe Lenin, la propunerea căruia i se încredințează sarcina de secretar al biroului din străinătate al Comitetului Central al Partidului Comunist. După Marea Revoluție Socialistă din Octombrie devine cel dintîi comisar al ocrotirii sănătății în Rusia Sovietică. Timp de peste 10 ani, cît a deținut această sarcină, a depus mari eforturi pentru întărirea sistemului sovietic de sănătate publică. Semașko este autorul unor valoroase lucrări de igienă socială, organizare sanitară și istoria medicinei.

Semmelweiss Ignaz Philipp (1818—1865), medic maghiar, promotor al luptei împotriva infecției puerperale. După ce începuse să studieze dreptul, s-a consacrat medicinei, obținînd în 1846, la Viena, titlul de doctor-mamoș. Încă din anii studenției s-a străduit să afle cauza pentru care, la acea epocă, mortalitatea lăuzelor era mult mai mare în serviciile de obstetrică și maternități, decît printre femeile care nășteau la domiciliu, fără asistență medicală. Tînărul medic a observat că un cunoscut anatomopatolog vienez, care a murit în urma unei înțepături la deget, survenită în cursul unei autopsii, prezentase aceleași simptome ca lăuzele infectate în casele de naștere. Concluzia lui Semmelweiss a fost că, în serviciile de obstetrică, infecția se transmite de la lăuză la lăuză, și mai cu seamă, de la cadavrele lăuzelor autopsiate la lăuzele asistate, aceasta prin intermediul medicilor sau studenților care le examinau și le îngrijeau. Savantul a propus atunci ca moașele, medicii și studenții să nu se mai apropie de lăuze pînă nu-și spală bine mîinile cu o soluție dezinfectantă, instrumentele chirurgicale fiind și ele ținute într-o stare de perfectă curățenie. Dar marea majoritate a chirurgilor și mamoșilor contemporani au luat în derîdere recomandările medicului maghiar. Importanța descoperirii sale nu a fost recunoscută decît în deceniile următoare, o dată cu stabilirea rolului microbilor în transmiterea bolilor.

Nikolai Aleksandrovici Semașko.



Ignaz Philipp Semmelweiss.

septicemie, fază evolutiv posibilă a oricărei infecții localizate, care se generalizează prin trecerea microbilor în sînge în cantitate masivă, învingînd total rezistența organismului. Originea infecției sanguine este foarte variată, începînd de la o plagă neînsemnată, un furuncul, și pînă la nașterile în condiții aseptice. Boala se poate produce cu o varietate mare de microbi (stafilococi, streptococi, bacili coli, *proteus*, germeni aerobi sau anaerobi ca bacilul tetanosului, bacilul morvei, grupul clostridiilor). Septicemia se diagnostichează pe baza prezenței infecției inițiale (focarul infecțios), a stării generale foarte alterate, a apariției de focare infecțioase în diferite organe interne, a prezenței microbilor în sînge prin hemocultură și a evoluției grave deseori fulgerător fatală a bolii. *Tratamentul* cu antibiotice, corticoizi, gammaglobuline, cît și îndepărtarea focarului de microbi, pot vindeca septicemiile care nu au produs modificări ireversibile în organele vitale ale bolnavului.

ser de convalescent, ser sanguin recoltat de la un convalescent după o boală contagioasă care lasă imunitate. Acest ser este imun, adică conține anticorpi care neutralizează, inactivează agentul patogen al bolii respective. Pentru a fi eficace, el trebuie recoltat în momentul cel mai potrivit, cînd agentul patogen nu se mai găsește în sînge, iar anticorpii sînt în concentrația cea mai mare. Serul de convalescent a fost folosit în profilaxia unor boli contagioase (rujeolă, scarlatină, varicelă, tuse convulsivă, poliomielită, tifos exantematic) și uneori în tratamentul unor boli (scarlatină, tuse convulsivă). În prezent, utilizarea serului de convalescent este tot mai rară, deoarece există pericolul transmiterii hepatitei epidemice dacă serul provine de la un purtător de virus de hepatită epidemică, cu atît mai mult, cu cît în acțiunea sa profilactică, ca și în cea curativă a fost înlocuit cu rezultate mai bune cu gammaglobuline (rujeolă, hepatită epidemică) sau cu antibiotice (tuse convulsivă, scarlatină).

serodiagnostic, recunoașterea bolilor în general infecțioase, cu ajutorul reacțiilor serologice speciale. Într-un prim caz se pune în contact serul bolnavului cu o proteină străină sau cu un microb (antigen). În acest caz, proteina străină sau microbul sînt cunoscuți. Urmează să se determine dacă serul bolnavului reacționează cu antigenul cunoscut. Se mai poate face și determinarea tulpinii din care face parte microbul, izolat de la bolnav, sub acțiunea serului imun specific cunoscut. Astfel, în serodiagnosticul bolilor infecțioase, serul bolnavului se cercetează sub raportul antigenilor din microbii provocatori ai bolii; în acest caz, acel microb cu care se obțin reacțiile se stabilește ca fiind provocatorul afecțiunii. De exemplu, dacă serul unui bolnav cu febră reacționează cu microbii febrei tifoide, aceasta înseamnă că bolnavul are febră tifoidă; dacă serul aglutinează rickettsiile *Prowazecki*, aceasta dovedește că bolnavul are tifos exantematic. Pentru serodiagnosticul unui microb necunoscut se acționează asupra acestuia cu seruri imune cunoscute, obținute de la animale imunizate cu anumite tulpini de microbi și care dau reacțiile indicate mai sus numai cu aceste tulpini de microbi. În acest caz, tulpina microbiană se determină după serul imun pe care-l dă reacția cu microbul experimentat. De exemplu dacă microbii cercetați reacționează cu serul febrei tifoide, aceasta înseamnă că ei sînt bacili tifici. După același principiu se determină apartenența specifică a unei substanțe proteice cu ajutorul reacției de precipitare, ceea ce are mare importanță în practica medico-judiciară pentru recunoașterea provenienței petelor de sînge de la om sau animale. O latură caracteristică a serodiagnosticului o constituie și determinarea grupelor sanguine la om. Pentru determinările serologice ale grupelor de sînge se folosește reacția de aglutinare a hematiilor din sîngele experimentat cu serurile corespunzătoare de tip.

seroterapie, tratament cu ser sanguin de om sau animal, bogat în anticorpi sau antitoxine, în scopul vindecării unei boli infecțioase. El realizează astfel o imunizare pasivă a bolnavului la care producerea de anticorpi proprii pentru învingerea infecției se face cu întîrziere sau este deficitară, cît și o neutralizare a toxinelor eliberate de microbi, în cazul seroterapiei cu ser antitoxic. Seroterapia cu anticorpi, în cursul bolii, dă rezultate ceva mai slabe de cît dacă se efectuează înainte de apariția ei (seroprofilaxie). *Exemplu de seroterapie antimicrobiană*: serul antimeningococic administrat într-o meningită cauzată de meningococ, asociat bineînțeles și cu celelalte mijloace terapeutice. *Exemplu de seroterapie antitoxică*: seroterapia antitetanică în caz de tetanos, pentru neutralizarea toxinei din sînge, asociată de asemenea cu un tratament complex. Seroterapia se execută în mod obișnuit prin injecții intramusculare, excepțional intravenos. Serurile de om (omologe) sînt bine tolerate, dar pentru serurile de cal (heterologice) trebuie testată sensibilitatea bolnavului în prealabil, pentru a evita accidentele alergice.

serviciu medico-sanitar de întreprindere (S.M.S.), organizație medicală de tip nou, creată pentru întreprinderile și șantierele mari din țara noastră și capabilă de a acorda o asistență multilaterală muncitorilor, în imediata apropiere a locului de muncă. Serviciul medico-sanitar dispune în acest scop de: secție de staționar, cu paturi; policlinică cu cabinete de specialitate; instalație de radiologie și laborator; circumscripții sanitare de atelier. Serviciul medico-sanitar al întreprinderii organizează dispensarizarea muncitorilor; studiază și elaborează împreună cu conducerea întreprinderii și comitetul de întreprindere măsurile de îmbunătățire

a condițiilor igienico-sanitare la locul de muncă; desfășoară o activitate sistematică de educație sanitară, de instruire prin cursurile sanitare de masă și de organizare a formațiunilor sanitare de Cruce Roșie (grupele sanitare, posturile sanitare de prim ajutor).

Severeanu (Dimitrescu) Constantin (1840–1930), chirurg romîn. Abia știa carte cînd Davila l-a primit în Școala de la Mihai Vodă.

Constantin Severeanu (Dimitrescu)

Dovedindu-se elev sîrguincios, a fost trimis să-și ia doctoratul în medicină la Paris. După întoarcerea în țară a fost numit profesor la Facultatea de medicină din București. A inaugurat în chirurgia romînească era intervențiilor pe organele interne, executînd, de pildă, prima extirpare de splină efectuată la noi. A fost unul din pionierii antisepsiei și ai asepsiei în Romînia. A imaginat numeroase procedee operatorii originale (de exemplu, în buză de iepure). Este unul din precursorii chirurgiei permeabilizării vaselor sanguine obstruate. A publicat savuroase scrieri memorialistice.

sfat sanitar de circumscripție, formațiune obștească funcționînd pe lîngă circumscripțiile sanitare urbane și rurale, cu scopul de a coordona aportul activiștilor voluntari la rezolvarea problemelor de sănătate publică. În sfatul sanitar intră, alături de personalul circumscripției, activiștii organizațiilor de masă care sprijină acțiunile de ocrotire a sănătății: Crucea Roșie, comitetele de stradă, comisiile de femei. Deputații în sfaturile populare spirijină activitatea sfaturilor sanitare de circumscripție.

Conducerea tehnică a sfatului sanitar revine medicului de circumscripție. Acesta informează periodic pe activiștii sanitari asupra evoluției stării de sănătate pe teritoriu și indică principalele măsuri profilactice necesare a fi aplicate în continuare, în baza unui plan de muncă. Sfaturile sanitare obțin realizări remarcabile în asigurarea reușitei unor măsuri profilactice de mare însemnătate, ca: participarea populației la vaccinări, salubrizarea și înfrumusețarea cartierului, mobilizarea populației la examenele medicale preventive, organizarea de manifestări educativ-sanitare. Sfatul sanitar de circumscripție oferă oricărei persoane dornice de a sprijini acțiunea de promovare a sănătății, prilejul de a desfășura o rodnică și frumoasă activitate obștească.

sfincter, mușchi circular neted sau striat, care așezat în jurul unui orificiu sau canal îl ține închis, deschizîndu-se numai la momentele potrivite ca urmare a unor reflexe nervoase. Sfincterul Oddi, sfincterul vezical, sfincterul anal (vezi defecație) se deschid numai atunci cînd se evacuează bila, urina sau materiile fecale.

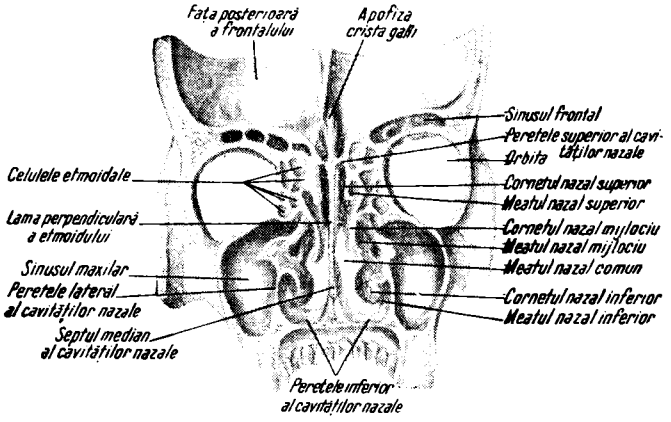
sicozis, inflamație cronică și profundă a foliculilor piloși, provocată de stafilococi și de ciuperci parazite. Localizarea preferată este regiunea mustăților și a bărbii, mai rar în sprîncene și în axilă (subsuoară). Pe pielea înroșită apar unul sau mai multe abcese mici, străbătute de un fir de păr. Abcesele se pot înmulți și conflua. În general, sicozisul este însoțit de senzații de arsură. Afecțiunea are o evoluție îndelungată și poate recidiva. Profilaxie: igiena personală (curățenia mîinilor, a feței), mai ales la bărbierit. Tratamentul trebuie să fie perseverent și constă în îndepărtarea sistematică a firelor de păr bolnave, cu o pensetă specială, comprese cu soluții antiseptice cu rezorcină, apă de plumb și antibiotice, folosite numai la indicația medicului, în urma practicării antibiogramei. Cine se bărbierește la frizerie este bine să ceară să fie servit în mod igienic. Dacă lucrătorul frizer a servit o persoană cu o afecțiune supurativă a feței, cei ce așteaptă să le vină rîndul la bărbierit nu au decît de cîștigat dacă părăsesc salonul de frizerie.

sifilis, boală venerică (cel mai frecvent dar nu totdeauna) datorită spirochetei palida, localizată în fazele de început pe piele și mucoase, dar care, netratată, poate produce mai tîrziu tulburări grave în toate organele corpului, în special în sistemul nervos. Sifilisul a fost semnalat pentru prima dată în Europa, către sfîrșitul secolului al XV-lea, cînd se crede că a fost adus din America, cu ocazia primelor călătorii peste ocean. Regimurile feudale, mizeria, obscurantismul, promiscuitatea, războaiele care bîntuiau în acea vreme au avut ca rezultat o împrăștiere rapidă a bolii în toată Europa, ea purtînd cînd numele de boală franceză, cînd pe acela de boală germană sau boală napolitană, după țara din care era „importată". Contaminarea în sifilis se face în imensa majoritate a cazurilor

direct, de la om la om, de cele mai multe ori prin raporturi sexuale. Îmbolnăvirea indirectă, prin obiecte contaminate de purtătorii de răni deschise, este excepțională, spirocheta fiind puțin rezistentă în afara organismului. După o perioadă lipsită de orice manifestare (perioada de incubație), care durează 21–27 de zile, apar simptomele fazei primare: șancrul sifilitic (șancrul tare), o eroziune superficială, nedureroasă, tare la pipăit, și adenita sifilitică, caracterizată prin ganglioni măriți de volum, tari, nedureroși. Netratate, aceste simptome persistă 45 de zile, după care ele se pot vindeca de la sine, dar spirochetele invadează întreg organismul, boala intrînd în faza (sau perioada) secundară. În faza secundară asistăm la erupții foarte variate: pete roșii (rozeola sifilitică), papule de forme și mărimi diferite, unele ca niște ridicături plane, zemuinde și urît mirositoare în regiunile genitale (condiloamele late), vezicule, pustule etc. În această fază se petrece de cele mai multe ori și pătrunderea microbului în sistemul nervos, unde va da mai tîrziu tulburări foarte grave. Erupțiile peroadei secundare se succed întrerupte de pauze variabile, timp de 2 ani, după care termen boala intră în perioada terțiară, cînd spirochetele se localizează din nou în piele sau diferite organe, dînd gomele sifilitice și sifilidele tuberoase, leziuni profunde, ducînd la distrugeri importante ale teritoriilor respective. După un timp variabil (2–5 ani, uneori chiar 10–20 de ani), bolnavul, care aproape uitase de infecția sa sifilitică, poate prezenta tulburări grave din partea sistemului nervos (tabes, paralizie generală progresivă) sau a altor organe, în special inima și arterele, ficatul, rinichiul (sifilis visceral). Sifilisul poate fi transmis de mama bolnavă copilului său încă din timpul sarcinii (sifilisul congenital). Acesta, în afara simptomelor întîlnite la adult, poate prezenta diformități, monstruozități sau o înapoiere mintală. Diagnosticul sifilisului, în afara simptomelor arătate, se poate pune și pe baza unor analize ale sîngelui — reacțiile Bordet-Wassermann, Citochol, Meinicke — cînd se pun în evidență niște anticorpi speciali, reaginele, apărute datorită prezenței spirochetei în organism. Reacțiile pentru sifilis încep să fie pozitive din a 20-a zi a perioadei primare și le găsim ca atare în tot cursul perioadei secundare. În fazele terțiare și latente ale bolii, aceste analize pot fi uneori negative, deși persoana este bolnavă de sifilis. Prin urmare, reacțiile serologice amintite au un caracter orientativ și nu au valoare decît în mîna medicului. O reacție Wassermann negativă nu este o dovadă că ne-am vindecat, după cum un rezultat intens pozitiv nu trebuie să ne descurajeze, întrucît intensitatea reacției nu indică gravitatea bolii. Există cazuri destul de rare, cînd reacțiile serologice sînt pozitive la persoane care nu suferă și nici n-au suferit de sifilis. *Tratamentul* sifilisului se face în țara noastră în spital în formele floride de boală și ambulatoriu în formele latente. El constă în mai multe serii de injecții cu penicilină, asociate cu bismut, mercur și eventual iod, după schemele rezultate din cercetările clinicilor și institutelor de cercetări științifice. Este foarte important ca bolnavii care observă vreo leziune în zona organelor genitale să se prezinte imediat la un medic specialist, pentru ca, în cazul unui sifilis, să înceapă imediat tratamentul, acesta fiind cu atît mai scurt și mai eficace, cu cît boala a fost surprinsă mai la începutul ei. Prevenirea bolii se face prin folosirea prezervativelor sau prin spălarea cu apă și săpun a regiunilor genitale imediat după raportul sexual, urmată de ungerea cu o alifie protectoare conținînd calomel. Este bine să fie evitate contactele sexuale cu persoane necunoscute, întîlnite întîmplător. În țara noastră se duce o luptă hotărîtă împotriva acestei boli cu urmări atît de grave. Măsurile luate, printre care tratamentul în spital al formelor floride, gratuitatea tratamentului pînă la vindecare, anchetarea fiecărui bolnav asupra sursei sale de îmbolnăvire, în scopul tratării acesteia și stingerii focarului de boală, analizele de sînge practicate salariaților, celor care pleacă la băi, gravidelor și celor ce se căsătoresc, au avut ca rezultat o scădere a numărului de îmbolnăviri cu 90% între anii 1950 și 1963 și ne îndreptățesc să sperăm într-un viitor apropiat la desființarea totală a acestui flagel, care în regimurile trecute a făcut numeroase victime, în special printre copii, sifilisul fiind la un moment dat a treia cauză de mortalitate în țara noastră.

simptom, fenomen particular pe care îl provoacă în organism starea de boală. Simptomele pot fi: *obiective* (sau semne fizice), atunci cînd sînt descoperite de către medic cu ajutorul unei anumite manevre, și *subiective* (sau funcționale), cînd sînt simțite de bolnav, care le semnalează medicului. Simptomele mai pot fi *generale*, ca de pildă: astenia, pierderea în greutate. Diferite simptome dispuse într-o anumită grupare, constituie sindroamele anumitor boli. Astfel, următoarele simptome: febră, junghi, spută ruginie, suflu pulmonar caracteristic constatat la auscultație de către medic reprezintă laolaltă sindromul pneumoniei. Se vorbește despre sindromul lichidian, care este comun atît pleureziei, cît și hidrotoraxului, sau despre sindromul coronarian, care îmbrățișează angina de piept, insuficiența coronariană acută și infarctul miocardic. Bolii îi precede, de regulă, *prodromul*, care reprezintă o totalitate de manifestări, subiective și obiective, foarte puțin caracteristice, foarte generale și trecătoare: cefalee, greață, vagi dureri, subfebrilitate și care anunță apariția apropiată a bolii. În clinica modernă, elaborarea radiodiagnosticului se bazează pe asocierea simptomelor clinice, cu datele de laborator (biologice, radiologice, histologice, electrocardiografice etc.).

sinuzită: a) *frontală* — inflamația mucoasei sinusului frontal. Poate fi acută sau cronică, purulentă, sau nepurulentă (catarală). De obicei este o complicație a gripei sau guturaiului. Sinuzita frontală acută se manifestă cu secreții mucoase sau purulente din nas,



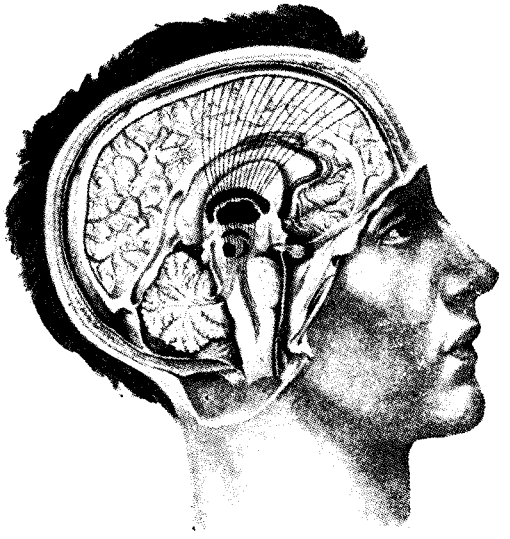
Sinusurile feței.

senzația de înfundare a acestuia, dureri deasupra orbitelor, uneori tumefacția pleoapelor superioare. Pot apărea febră și stare generală proastă. Sinuzita frontală cronică are simptome mai puțin zgomotoase: astuparea nasului și secreții purulente, crize de cefalee care apar cu un orar fix. Tratamentul pentru forma acută este același cu cel al sinuzitei acute maxilare. Forma cronică și sinuzita frontală acută care prezintă complicații trebuie tratate chirurgical; b) *maxilară* — inflamația mucoasei sinusului maxilar, provocată de obicei, ca și sinuzita frontală, de propagarea procesului inflamator de la mucoasa nazală (rinite), în unele boli infecto-contagioase (gripă, rujeolă, scarlatină etc). Apare uneori în infecțiile molarilor superiori. Sinuzita maxilară acută se manifestă cu: cefalee, dureri ale obrazului și dinților, astuparea (obstrucția) nasului și scurgere de secreții purulente din nara corespunzătoare de partea sinusului bolnav. Uneori apar febră și stare generală proastă. Sinuzita maxilară cronică are ca simptome: obstrucție nazală, secreții purulente, cefalee, miros adesea diminuat, uneori un miros neplăcut din nas. Munca intelectuală este stînjenită, bolnavii obosesc repede. Ca tratament, în sinuzita acută se prescriu medicamente antigripale, se fac instilații nazale cu soluții dezinfectante și vasoconstrictoare (care destupă nasul și ușurează scurgerea secreților). Pe cale generală se administrează antibiotice, numai cu prescripția medicului. Razele ultrascurte și căldura uscată, aplicate local, ușurează durerile și grăbesc vindecarea. În sinuzita cronică, dacă tratamentul local constînd în spălături sinuzale și introducerea de antibiotice (efectuate prin puncție sinuzală) nu dau rezultate, se recurge la tratament chirurgical, care constă în deschiderea sinusului și extirparea mucoasei bolnave.

siringomielie, boală datorită dezvoltării anormale și apoi necrozei țesutului glial format din celule fără rol de conducere a impulsului nervos, dar care servesc susținerii și nutriției celulelor nervoase propriu-zis. Procesul este limitat în unul sau mai multe locuri din măduvă, de obicei în jurul canalului ependimar și are caracter extensiv, iar pe măsură ce se dezvoltă se necrozează, realizîndu-se astfel cavități (prin eliminarea necrozelor în circulația sanguină și umplerea cavității cu un lichid transparent). Primele tulburări care apar constau în diminuarea sau lipsa sensibilității pentru durere și pentru cald și rece în anumite segmente simetrice ale corpului, astfel că dacă procesul respectiv corespunde inervației membrelor superioare (mîinilor), bolnavul se poate frige și își poate produce fracturi sau răni fără să simtă vreo durere. Prin caracterul extensiv al procesului se lezează formațiunile de trecere din măduva spinării și tulburările se complică prin apariția paraliziilor, tulburărilor de sensibilitate și atrofiilor musculare. Dacă acest proces se dezvoltă în bulbul cerebral, apar tulburări de vorbire și de înghițire a alimentelor prin lezarea nervului limbii (nervului hipoglos), a vălului palatin, a faringelui, a căilor vestibulare din trunchiul cerebral (deci tulburări de echilibru). Cauza bolii nu este precizată. Se bănuiește că, datorită persistenței unor celule embrionare din perioada de formare a canalului neural, anumiți factori pot determina dezvoltarea rapidă a lor și apariția bolii (de exemplu, loviturile în coloana vertebrală, infecțiile virotice). *Tratamentul* este numai simptomatic: se face roentgenterapie în regiunea procesului medular și se evită infectarea rănilor. În rare ocazii se indică operații chirurgicale pentru evacuarea lichidului în tensiune, din cavitatea siringomielică.

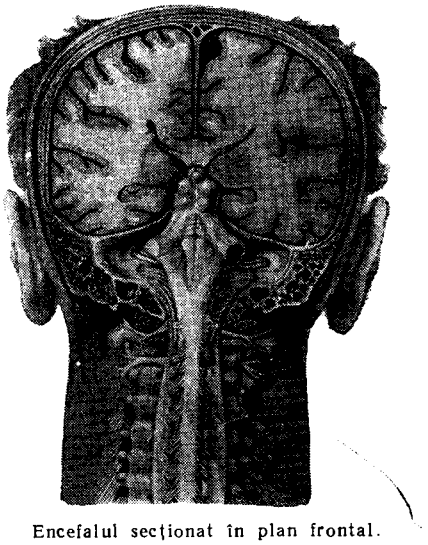
sistem nervos, sistem care stabilește legătura dintre organe, precum și între organism și mediul înconjurător, asigurînd funcționarea normală și în bune condiții a întregului organism. După funcțiile pe care le îndeplinește, sistemul nervos poate fi împărțit în: a) sistemul nervos al vieții de relație, prin care omul este în permanentă legătură cu mediul înconjurător; b) sistemul nervos al vieții vegetative, care pune în legătură diferitele organe și aparate, stabilind astfel o funcție armonioasă a întregului organism. Sistemul nervos al vieții de

relație este format din encefal (care cuprinde creierul mare, creierul mic, bulbul, protuberanța, pedunculii cerebrali), măduva spinării, nervii cranieni, nervii rahidieni și ramurile lor periferice. Sistemul nervos al vieții vegetative este format din centri vegetativi, ganglioni



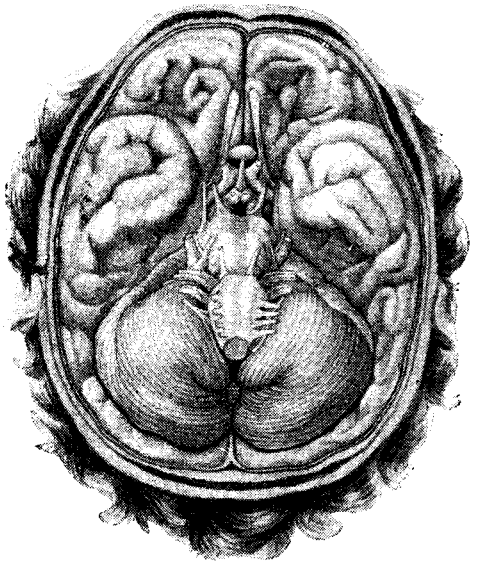
Encefalul secționat în plan sagital.

vegetativi și fibre nervoase simpatice și parasimpatice. Sistemul nervos se mai poate împărți în: a) sistem nervos central; b) sistem nervos periferic. Această împărțire este oarecum artificială, deoarece sistemul nervos este unic. Deosebirea este că sistemul nervos central este format dintr-o aglomerare mare de celule nervoase, în timp ce sistemul nervos periferic este reprezentat, în special, de nervi. Sistemul nervos central este alcătuit din encefal și măduva spinării. *Măduva spinării* este o coloană de țesut nervos ce ocupă canalul vertebral, începînd de la gaura occipitală. Ea este lungă de 45—50 cm și are forma unui cilindru turtit, ajungînd pînă la vertebra I lombară, unde ia forma unui con alungit (conul medular), care se termină cu un fir terminal ce merge pînă la extremitatea inferioară a sacrului. Lățimea măduvei spinării este aproape de 1 cm, dar prezintă unele porțiuni mai umflate, care corespund porțiunilor de unde pleacă nervii ce merg la extremități: una, în porțiunea cervicală, alta în porțiunea lombară. Dacă se taie transversal măduva spinării, se constată că substanța nervoasă a măduvei este formată la exterior din substanță nervoasă albă, iar la interior din substanță cenușie. Substanța nervoasă albă este formată din fibre nervoase care merg de-a lungul măduvei spinării sau către encefal, sau de la encefal la periferie. Substanța nervoasă cenușie se întinde pe toată înălțimea măduvei spinării. Ea are forma unui fluture sau a literei H și prezintă la centru un canal (canalul ependimar) și 4 prelungiri sau coloane: două coloane anterioare și două posterioare. Măduva spinării are 3 învelișuri, comune întregului sistem nervos: un înveliș intern,



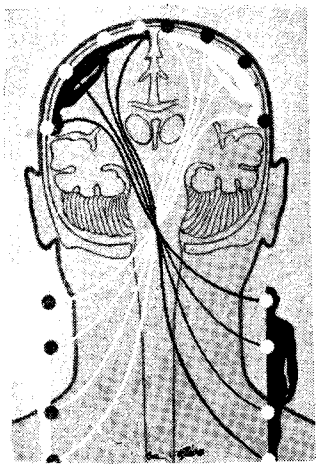
Encefalul secționat în plan frontal.

situat chiar pe tubul nervos, numit *pia mater*; un al doilea înveliș, *arahnoida* (ca o pînză de păianjen), separată de pia mater prin lichidul cefalorahidian, care îmbăiază întregul sistem nervos central; *dura mater*, care este cel mai exterior înveliș și cel mai gros. Din măduva



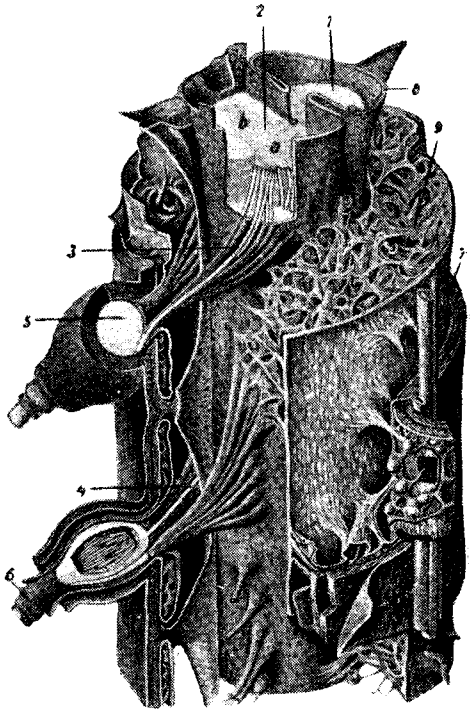
Encefalul văzut de jos

spinării ies un anumit număr de rădăcini, care formează 31 de perechi de nervi rahidieni. *Creierul mare sau emisferele cerebrale* reprezintă la om cea mai dezvoltată parte a sistemului nervos. Forma creierului este aceea a craniului: sferică sau ovoidală. Faţa inferioară, numită



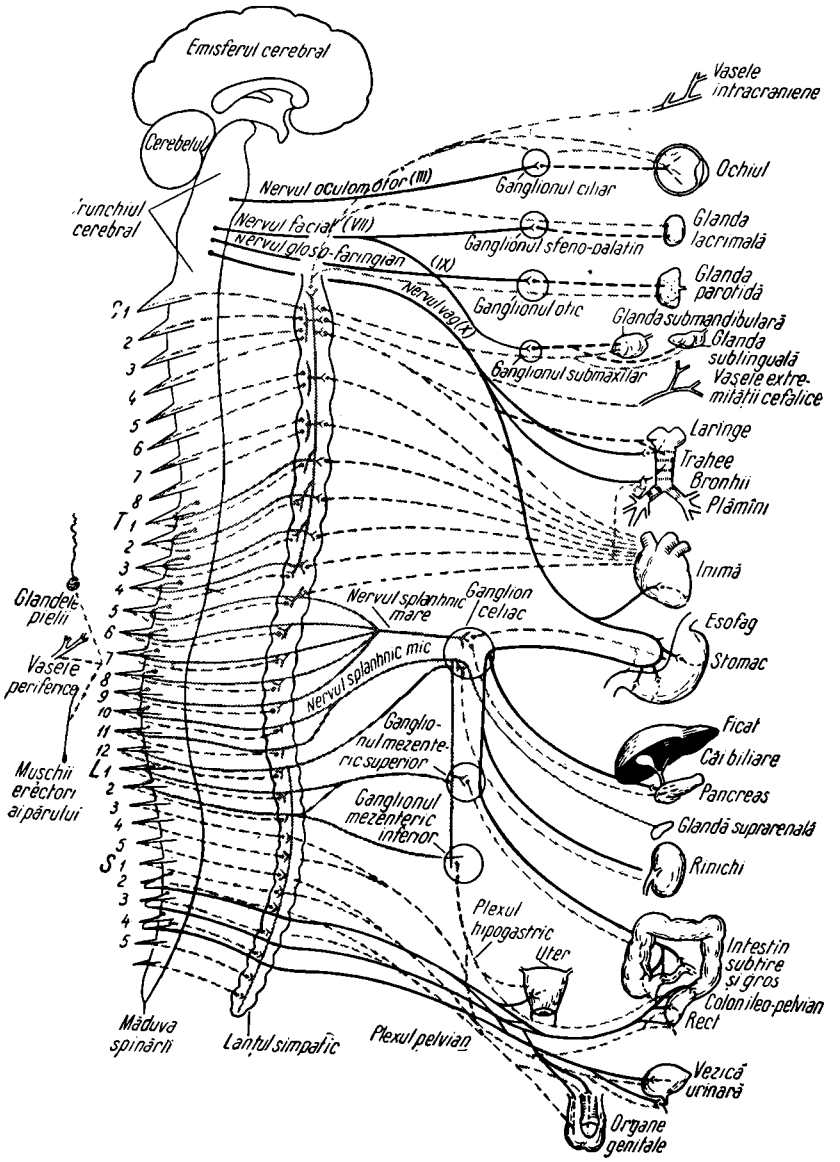
Încrucişarea fibrelor nervoase senzitive şi motorii în bulb.

şi baza creierului, este turtită, iar cea superioară este convexă. Creierul la bărbat este mai mare de cît la femeie. Greutatea lui este de aproximativ 1 380 g la bărbat, iar la femeie cu 100 g mai puţin. Nu există o relaţie între greutatea creierului şi capacitatea intelectuală. Creierul este împărţit în două jumătăţi, printr-un şanţ adînc, numit fisura interemisferică. Cele două jumătăţi se numesc emisfere cerebrale (vezi şi scoarţă cerebrală). Între emisferele cerebrale şi măduva spinării există o serie de formaţiuni nervoase de legătură. Acestea sînt: bulbul rahidian, protuberanţa, pedunculii cerebrali, diencefalul. Tot din encefal face parte şi creierul mic sau cerebelul. Bulbul rahidian este o formaţiune nervoasă, care prelungeşte în sus măduva spinării. Bulbul are o lungime de cca. 3 cm şi forma lui mai păstrează forma măduvei spinării, în special în partea lui inferioară. Dacă se face o secţiune prin bulb, se constată că este alcătuit din două părţi: o parte centrală, de culoare cenuşie, formată din corpii neuronilor, ca şi măduva spinării. Aceasta se numeşte substanţa cenuşie a bulbului, fiind reprezentată de mai mulţi nuclei; o parte situată la exterior, de culoare albicioasă, alcătuită din prelungirile axonice ale neuronilor. Bulbul reprezintă o parte importantă a sistemului nervos central, deoarece la acest nivel o mare parte din fibrele nervoase se încrucişează, astfel că fibrele nervoase care vin de la periferie la emisferele cerebrale ajung în partea opusă locului lor de plecare. De asemenea fibrele care pleacă de la emisferele cerebrale spre periferie se încrucişează: cele care pleacă de la emisfera dreaptă ajung în jumătatea stîngă a organismului şi invers. Fibrele care vin de la periferie sînt fibre senzitive, iar cele care pleacă de la centri sînt fibre motorii, ceea ce înseamnă că emisfera dreaptă controlează jumătatea stîngă a corpului, iar emisfera stîngă controlează jumătatea dreaptă a corpului. Din bulb iau naştere o serie de nervi cranieni. *Protuberanţa* se prezintă ca o umflătură situată la partea de sus a bulbului. Ea este un punct de răscruce, care leagă bulbul cu penduculii cerebrali în sus, iar înapoi, aceste formaţiuni cu creierul mic. Prin protuberanţă trec fasciculele de fibre nervoase, care leagă toate aceste formaţiuni nervoase. *Pedunculii cerebrali:* sînt formaţiuni nervoase, reprezentate de două cordoane puternice, care unesc protuberanţa cu emisferele cerebrale. *Diencefalul*: înaintea pedunculului cerebral, chiar sub emisferele cerebrale, se găsesc o seamă de formaţiuni



Măduva spinării. *1* — Substanţa albă; *2* — substanţa cenuşie cu cordon anterior (*a*) şi posterior (*b*); *3*—rădăcină anterioară (motorie); *4* — rădăcină posterioară (senzitivă); *5* — ganglion spinal; *6* — nerv rahidian; *7* — dura mater; *8* — pia mater; *9* — arahnoida.

nervoase foarte importante, care sînt grupate sub numele de diencefal. Dintre acestea vom cita: chiasma optică, adică porţiunea din nervii optici care se încrucişează; hipofiza, o glandă cu secreţie internă, legată printr-un mic pedicul la baza creierului; glanda pineală (epifiza) şi *tuber cinereum.* Diencefalul coordonează, sub controlul scoarţei cerebrale, activitatea sistemului nervos vegetativ. *Cerebelul* este situat în partea posterioară şi inferioară



Sistemul nervos vegetativ (schematic).

a creierului mare, în regiunea occipitală a cutiei craniene. Din punctul de vedere al dezvoltării creierului, cerebelul face parte din cele mai vechi formaţiuni nervoase. Funcţia sa este de a produce coordonarea reflexă a mişcărilor şi reglarea tonusului muscular. El este alcătuit din substanţă cenuşie la exterior şi din substanţă albă la interior. Cerebelul este constituit din 3 părţi bine delimitate: o parte mijlocie, care prezintă pe suprafaţa sa un număr de şanţuri paralele, ce îl fac să semene cu un vierme, de unde şi numele de *vermis*; de o parte şi de alta a vermisului sînt două emisfere cerebeloase, care şi ele, ca şi emisferele cerebrale, prezintă pe suprafaţa lor o serie de circumvoluţii. *Învelişurile creierului*: sînt aceleaşi ca ale măduvei spinării şi le continuă pe acestea. *Sistemul nervos periferic* este alcătuit din totalitatea nervilor din organism şi cuprinde atît nervii senzitivi, care vin de la periferii la centru şi fac legătura între suprafaţa corpului şi centrii nervoşi, cît şi nervii care duc de la centru la periferie diferitele ordine (nervii motori). În afară de nervii strict senzitivi şi nervii strict motori, mai există o serie de nervi micşti, deoarece cuprind, atît fibre motorii, cît şi fibre senzitive. Din punctul de vedere al originii lor, nervii periferici se împart în: nervi rahidieni şi nervi cranieni. *Nervii rahidieni* se desprind din măduva spinării şi rezultă din unirea rădăcinilor anterioare cu rădăcinile posterioare. Aceste două rădăcini se unesc

chiar în interiorul canalului rahidian. Rădăcina posterioară prezintă, înainte de a se uni cu rădăcina anterioară, o umflătură, numită ganglion spinal. Imediat după unirea celor două rădăcini, trunchiul comun ce rezultă iese prin gaura de conjugare, care se găseşte de o parte şi de alta a coloanei vertebrale între două vertebre. După ieşirea din canalul rahidian, nervul se împarte din nou în două ramuri. Fiecare din aceste ramuri este un nerv mixt, care conţine, atît fibre senzitive din rădăcina posterioară, cît şi fibre motorii din rădăcina anterioară. Una din aceste ramuri inervează regiunea posterioară a trunchiului (ceafa, spatele şi regiunea lombară), iar cealaltă, mult mai groasă, inervează partea anterioară a trunchiului şi membrele. Nervii rahidieni sînt în număr de 31 de perechi. *Nervii cranieni* (12 perechi). se desprind din encefal. Spre deosebire de nervii rahidieni, care toţi sînt nervi micşti (au fibre motorii şi fibre senzitive) nervii cranieni sînt unii motori, alţii senzitivi, iar alţii micşti. *Sistemul nervos al vieţii vegetative* inervează organele interne, muşchii netezi, glandele şi coordonează activitatea acestora; fibrele periferice culeg, la nivelul acestor organe, excitaţii, pe care le duc la centru, unde sînt prelucrate, iar răspunsurile se întorc tot prin fibrele acestui sistem. Aceste două sisteme nervoase ale vieţii de relaţie şi vegetative au căi diferite de la centru la periferie şi invers. În afară de aceasta mai au o însuşire care le deosebeşte: pe cînd sistemul nervos al vieţii de relaţie culege ştiri şi transmite ordine de care omul este conştient, sistemul nervos al vieţii vegetative stabileşte legătura între organe, fără ca noi să fim conştienţi de acest lucru. În sistemul nervos vegetativ, ca şi în cel somatic, se disting o porţiune centrală şi una periferică. Porţiunea centrală se află în creier şi în măduva spinării, fiind reprezentată de concentrări de celule nervoase speciale (nuclei sau centri). Porţiunea periferică este constituită din numeroşi ganglioni şi fibre nervoase. Este de asemenea, caracteristic pentru acest sistem modul lui de organizare; din centrii nervoşi situaţi în creier sau măduva spinării ies fibre nervoase prin rădăcina anterioară a nervilor cranieni sau a nervilor rahidieni. Aceste fibre se numesc fibre preganglionare (situate înaintea unui ganglion). Ele se termină într-un ganglion, care este, de asemenea, o acumulare de celule nervoase vegetative. De aici pleacă o nouă serie de fibre nervoase, numite fibre postganglionare, care se termină în organul inervat de ele. Sistemul nervos al vieţii vegetative se împarte în: simpatic şi parasimpatic. Organele sînt inervate de ambele sisteme. De exemplu, dacă excitaţia unui sistem provoacă accelerarea activităţii unui organ, excitaţia celuilalt sistem va provoca încetinirea activităţii acestui organ. Cele două sisteme sînt deci antagoniste. Nervii simpatici alcătuiesc două trunchiuri importante, situate de o parte şi de alta a coloanei vertebrale şi care prezintă o serie de îngroşări pe traiectul lor, ganglionii simpatici. Distingem 3 ganglioni simpatici cervicali, 10—12 toracali, 5 lombari sacraţi şi unul coccigian (acesta nepereche). Ganglionii sînt legaţi, cu ajutorul ramurilor comunicante, de rădăcinile anterioare ale nervilor rahidieni. După ce ies din ganglioni, fibrele nervoase simpatice alcătuiesc o serie de plexuri, din care se desprind fibrele nervoase ce merg la organe. Din centrii bulbari ia naştere cel mai important nerv parasimpatic: nervul vag (a X-a pereche de nervi cranieni), iar din măduva sacrată iau naştere nervul pelvian şi o serie întreagă de fibre nervoase, care intră, împreună cu fibrele simpatice lombosacrate în compoziţia plexului hipogastric. Nervul vag inervează organele gîtului, toracelui şi abdomenului şi în multe locuri formează plexuri comune cu fibrele simpatice (cardiac, pulmonar, solar, hipogastric). De asemenea, din centrii situaţi în trunchiul cerebral pleacă fibre parasimpatice şi în alţi nervi cranieni (glosofaringian, facial etc.).

sînge, ţesut fluid (care poate curge) alcătuit din celule sau elemente figurate şi un lichid intercelular numit *plasmă*. 1. *Elementele figurate*: a) *eritrocitele* sau *globulele roşii* sînt celule fără nucleu, de forma unor lentile biconcave. Această formă le asigură o suprafaţă mare, cu un volum mic. Numărul eritrocitelor este de 6 000 000 — 8 000 000 pe mm^3 la copiii mici şi de 4 000 000 — 5 000 000 pe mm^3 la adulţi. Ele reprezintă cam 45% din volumul sîngelui. Fiecare eritrocit conţine o cantitate mare de substanţă colorată, bogată în Fe, numită *hemoglobină*. Datorită acestei substanţe care poate fixa oxigen, eritrocitele participă la funcţia respiratorie a sîngelui. Eritrocitele posedă anumite substanţe numite *aglutinogeni*. Datorită lor, globulele roşii pot *aglutina*, adică se pot îngrămădi sub acţiunea unor substanţe existente în plasmă, numite *aglutinine*. În sîngele unui individ nu există în mod normal aglutinine care să poată aglutina eritrocitele proprii, deoarece îngrămădirea globulelor roşii în vase ar duce la astuparea acestora şi la împiedicarea circulaţiei sanguine (vezi transfuzie). Eritrocitele sînt produse de măduva roşie a oaselor. La făt, ficatul şi splina participă la formarea eritrocitelor. Distrugerea globulelor roşii are loc în special în splină, după o existenţă în sînge de 90—120 de zile; b) *leucocitele sau globulele albe* sînt celule nucleate, sferice. Numărul lor este de 6 000—8 000 pe mm^3 la omul adult. La copilul mic se găsesc în număr de 8 000—10 000 pe mm^3. După numărul fragmentelor în care sînt divizaţi nucleii, leucocitele pot fi împărţite în mononucleare (cu un nucleu nefragmentat) şi polinucleare (cu nucleu fragmentat). După felul cum se colorează granulaţiile din protoplasmă şi după mărimea lor, polinuclearele se împart în *leucocite neutrofile bazofile* şi *eozinofile*, iar mononuclearele se împart în *monocite* (celule mari) şi *limfocite* (celule mici). Leuco-

citele pot îngloba şi digera microbi. Acest fenomen a fost descris de biologul rus Mecinikov şi se numeşte *fagocitoză*. În sînge iau naştere anumite substanţe numite anticorpi. Prin anticorpi, organismul împiedică acţiunea vătămătoare a produşilor microbieni toxici sau a altor corpi străini care ar pătrunde în sînge. Limfocitele iau naştere în ganglionii limfatici. Restul leucocitelor se produc în aceleaşi locuri cu eritrocitele; c) *trombocitele sau plăcuţele sanguine* sînt celule anucleate, care se distrug uşor în afara vaselor, punînd în libertate fermenţi care produc coagularea (închegarea) sîngelui (vezi coagulare). Ele sînt produse în acelaşi loc cu eritrocitele şi se găsesc în sînge în număr de 250 000—300 000 pe mm^3. 2. *Plasma*: este formată din apă (90%), substanţe minerale (dintre care NaCl în cantitate de circa 8 g‰), substanţe organice (proteine 7 g%, glucide, grăsimi), hormoni, fermenţi şi gaze (O_2, CO_2, N). Datorită apei pot fi transportate diferite substanţe în sînge şi tot datorită ei pot fi efectuate schimburile nutritive între sînge şi ţesuturi. Substanţele minerale au un rol important în menţinerea apei în vase (NaCl). Alte minerale (P, Ca, Mg) pot influenţa funcţia diverselor organe. Proteinele plasmatice se împart în trei categorii: a) *fibrinogen*; b) *albumine*; c) *globuline*. Fibrinogenul participă la coagularea (închegarea) sîngelui; albuminele au un rol important în menţinerea apei în vase; dintre globuline, γ-globulinele au un rol principal în imunitate, luînd parte la formarea anticorpilor (substanţe prin care organismul se apără contra infecţiilor). Celelalte componente ale plasmei servesc în special ca elemente nutritive sau reglatoare în diverse funcţii din organism.

Plasma reprezintă 55% din volumul total al sîngelui. Dacă din plasmă se elimină fibrinogenul, se obţine *serul sanguin*. 3. *Sînge circulant, sînge de rezervă*: în condiţii obişnuite de activitate a organismului, nu tot sîngele circulă în vase. În repaus, din cantitatea totală de sînge (cam 5—6 l pentru omul adult), doar 3—4 l iau parte la circulaţie, restul fiind înmagazinat în ficat, splină, piele, muşchi. Aceste organe se numesc şi organe de depozit. În eforturi, organele de depozit eliberează sîngele conţinut şi acesta intră în circulaţie. Sîngele care circulă în vase se numeşte sînge circulant. Cel înmagazinat este numit sînge de rezervă. Sîngele circulant şi sîngele de rezervă alcătuiesc sîngele total.

Sîngeorz, staţiune balneo-climaterică situată la poalele munţilor Rodnei, într-o vale împrejmuită aproape de toate părţile de dealuri. Sîngeorzul are un climat subalpin care se datorează înălţimilor de care este înconjurat, deşi altitudinea sa este de numai 450 m. Staţiunea posedă mai multe izvoare carbogazoase, alcalino-teroase sărate. Aceste ape au efect normalizator asupra secreţiei gastrice, ceea ce le face indicate—cu măsurile respective de precauţie — atît în stările cu hiperaciditate, cît şi în cele cu hipoaciditate gastrică. Ele se mai prescriu în afecţiuni intestinale, hepatice, biliare, precum şi în boli de nutriţie.

slăbire, stare caracterizată prin scăderea greutăţii corporale cu mai mult de 15% faţă de greutatea normală. Slăbirea este considerată uşoară dacă nu depăşeşte 20% din greutatea normală, mijlocie cînd atinge 20—30% şi mare în care slăbirea a depăşit 30%. Slăbirea poate fi urmarea unui deficit alimentar îndelungat prin subnutriţie (foamete, război, post îndelungat) sau datorită incapacităţii de utilizare a alimentelor (stenoza esofagului, stenoza pilorului, diaree cronică, vărsături incoercibile). Slăbirea se mai poate instala şi în urma unor boli îndelungate (tuberculoză) sau consumptive (diabet, cancer). Unele afecţiuni glandulare, ca boala Basedow, boala Addison sau caşexia hipofizară, se însoţesc de slăbire din cauza fie a creşterii cheltuielilor energetice, fie a dereglării metabolismului în general. Există şi persoane slabe prin constituţie (slăbiţii mîncători) care, deşi se hrănesc cu alimente în cantităţi normale, au un organism incapabil să sintetizeze suficiente grăsimi; aceste persoane îşi păstrează, în schimb, vigoarea fizică neatinsă. *Tratamentul* slăbirii este în primul rînd cauzal, mai ales cînd este în joc o cauză endocrină (boală Basedow, diabet) sau o stenoză organică. În slăbirea prin subnutriţie, regimul va fi hipercaloric (vezi: regim dietetic), cu 50% peste cifrele normale (cel puţin 3 500 de calorii). Raţia zilnică va cuprinde o cantitate sporită de proteine (100—120 g) alese dintre cele cu valoare biologică mare (carne, ficat, lapte, brînză, ouă), pentru refacerea şi creşterea ţesuturilor. Pentru depăşirea nevoilor calorice se dau glucide concentrate (500 g în 24 de ore) sub formă de zaharuri, dulciuri, făinoase, pîine, fructe dulci. *Lipidele* (aproximativ 110—120 g) vor acoperi restul valorii calorice a raţiei. Ele vor fi procurate din: unt, smîntînă, frişcă, untdelemn. Aportul de vitamine va fi asigurat prin legume şi fructe, crude sau sub formă de sucuri, ficat, carne slabă de porc, drojdie de bere. Cura de struguri (vezi cură de struguri) trebuie luată în consideraţie în curele de îngrăşare. În toate cazurile se vor urmări, pe de o parte, stimularea poftei de mîncare, prin variaţia şi buna pregătire a meniurilor, şi, pe de alta, întîrzierea senzaţiei de saturare prin divizarea raţiei în mese mici şi dese (5—6 sau mai multe pe zi). Pentru stimularea poftei de mîncare se poate recurge, cu avizul medicului, la injecţii de insulină, iar pentru modificarea favorabilă a metabolismului la hormoni (steranabol, Dianabol) sau hidrazidă. Cura de altitudine, helioterapia şi sporturile uşoare pot fi, de asemenea, de folos în unele cazuri. Repausul la pat este obligatoriu în formele severe de boală.

Slănic—Prahova, localitate la 44 km de Ploieşti, cu lacuri şi izvoare de ape sărate concentrate şi cu nămol sapropelic. Se recomandă

în boli ale aparatului locomotor, genital feminin și ale sistemului nervos periferic.

Slănic-Moldova, stațiune situată în valea rîului Slănic, la o altitudine de 530 m, în apropierea localității Tîrgu Ocna. Climatul stațiunii, care este înconjurată de munți înalți

Slănic-Moldova.

împăduriți este subalpin. Izvoarele minerale din localitate sînt cunoscute încă de prin anul 1800 cînd un vînător, suferind de o afecțiune gastrică, le-a descoperit întîmplător efectul tămăduitor. Cele mai importante izvoare din stațiune sînt sărate, alcaline, sulfuroase și carbogazoase, puternic concentrate (nr. 1, 1 bis, 3, 6, 8, 10). Deși ele au în compoziția lor clorură de sodiu, sulf și acid carbonic, unele din aceste ape (nr. 1, 1 bis și 3) au facultatea de a reduce secreția gastrică. Apele de acest tip se prescriu în bolile stomacului, intestinului, ficatului, căilor biliare, în boli de nutriție. Există și un număr de izvoare care sînt slab mineralizate „trei sute de scări", nr. 5. 8 bis etc., iar altele — din contra — foarte puternic concentrate (izvorul sărat de la pîrîul Stroe conține 252,45 g săruri la litru). Apele din Slănic sînt folosite și în inhalații, în boli respiratorii. În stațiune există un „Inhalator" modern unde se pot executa numeroase proceduri pneumoterapice ca: aerosoli, inhalații individuale și de grup, proceduri individuale de supra- și subpresiune, camere pneumatice. Se pot face excursii la „Trei Iagi", la Izvorul Dobrului, pe muntele Cerbu și pe Sandor.

societăți științifice medicale din țara noastră; cea mai veche asociație științifică românească este *Societatea de medici și naturaliști din Iași*, înființată în 1832-1833, sub conducerea doctorilor Iacob Cihak și Mihai Zotta. De-a lungul deceniilor, activitatea acestui for științific a căpătat amploare, concretizîndu-se în ședințe de comunicări, editare de periodice, organizarea unui muzeu, corespondență cu savanții străini. În 1857 s-a constituit la București *Societatea medicală științifică*, sub patronajul lui N. Kretzulescu și sub conducerea efectivă a lui C. Davila. Reuniunile societății erau consacrate mai ales prezentării de cazuri clinice și discutării acestora. De menționat că, începînd din 1863, admiterea de noi membri se făcea pe baza unei cereri însoțite de un memoriu științific original. O activitate merituoasă a desfășurat și *Societatea medico-chirurgicală*, înființată în 1869 și devenită în 1877 *Societatea științelor medicale*. Viitorii profesori C. I. Istrati și N. Manolescu au fost inițiatorii *Societății studenților în medicină din București*, întemeiată în 1875, prima noastră asociație studențească. În preajma anului 1900 sînt fondate *Societatea anatomică* și *Societatea de chirurgie*, indiciu al progreselor înregistrate la noi în aceste ramuri științifice. În anii următori continuă înființarea de societăți profilate pe diferite specialități, cum au fost cea de oftalmologie și cea de otorinolaringologie. În 1833 se înființase la Cluj *Societatea medicală din Transilvania*, ca în 1920 să se constituie *Societatea științelor medicale din Cluj*, la care au activat intens membrii corpului didactic al Facultății de medicină din acel oraș. În scopul concentrării tuturor forțelor științifice, capabile să sprijine pe plan teoretic și practic crearea sistemului socialist de sănătate publică în țara noastră a fost înființată, în 1949, *Societatea științelor medicale din R.P.R.* Secțiile acesteia, amplificîndu-și treptat cercul de preocupări și recrutînd un număr de membrii din ce în ce mai însemnat, s-au transformat în societăți științifice, astfel

că în aprilie 1962 a fost adoptat statutul *Uniunii societăților de științe medicale din R.P.R. (U.S.S.M.)*. Uniunea grupează 30 de societăți, a căror activitate se axează pe problematica diverselor ramuri ale medicinei. Pe lîngă acestea există 20 de secții ale Uniunii, profilate pe alte specialități clinice sau tehnice (alergologie, anesteziologie, biofizică, cinematografie medicală, electroencefalografie, genetică, reumatologie etc.). În cadrul Uniunii funcționează o societate de farmacie. De menționat că nu numai corpul medical, dar și personalul sanitar mediu desfășoară o muncă de informare și chiar de cercetare științifică îndrumată de o societate afiliată și ea la Uniune, U.S.S.M. are filiale în toate reședințele de regiune, ca și în alte centre medicale importante. Filiala din Iași se numește *Societate de medici și naturaliști*, subliniindu-se prin aceasta continuitatea efortului științific depus timp de peste 130 de ani de către medicii din capitala Moldovei. U.S.S.M. și societățile afiliate organizează ședințe periodice de comunicări, ca și congrese, conferințe, consfătuiri și simpozioane înlesnesc schimbul de experiență atît între medicii noștri, cît și între forurile științifice medicale romînești și cele de peste hotare, se preocupă de reprezentarea științei noastre medicale la reuniunile internaționale, editează un mare număr de reviste de specialitate, urmărește valorificarea tradiției materialiste a științei medicale romînești, cît și educarea muncitorilor noștri sanitari în spiritul deontologiei socialiste, se străduiește să orienteze activitatea științifică spre problemele cele mai actuale ale ocrotirii sănătății oamenilor muncii.

sodă caustică (intoxicație cu) ingerarea de sodă caustică, accidental, care determină arsuri mai mult sau mai puțin profunde ale gurii, ale faringelui, ale esofagului și ale stomacului. Regiunea inferioară a esofagului prezintă arsurile cele mai grave, datorită faptului că lichidele stagnează puțin în această porțiune înainte de deschiderea cardiei, pentru a pătrunde în stomac. Imediat după ingestia sodei caustice, mai ales dacă soluția a fost concentrată, bolnavul este cuprins de dureri atroce de-a lungul esofagului; starea este foarte gravă, bolnavul este palid, neliniștit, varsă cîte puțin sînge, nu poate înghiți nimic deși are o sete intensă. După 1—2 zile apare o ușoară ameliorare, diminuează durerile, dar imposibilitatea de a înghiți se menține. Regurgitează mici cantități de sînge și lambouri de mucoasă. În această fază apar complicațiile: perforația esofagului sau supurații periesofagiene, cu mortalitate mare. Cei care supraviețuiesc vor prezenta stricturi ale esofagului, care încep să se constituie după 15 zile și vor fi definitivate pînă la un an. Prognosticul intoxicației este grav. Mortalitatea imediată este destul de mare (25%). Primul *tratament*, imediat după accident, constă în neutralizarea funcției bazice a sodei caustice prin băuturi acide (oțet diluat cu apă, zeamă de lămîie). Dacă greutatea la înghițire este accentuată, se face o gastrostomie pentru punerea în repaus a esofagului și pentru hrănirea bolnavului. După două luni se începe tratamentul stricturilor prin dilatații esofagiene; dacă dilatațiile sînt imposibile se fac plastii de esofag. Întrucît intoxicația cu sodă caustică este mai frecventă la copiii care dau întîmplător peste un vas cu soluție din această substanță, este absolut obligatoriu ca soluția de sodă caustică să fie folosită în întregime după ce a fost preparată. Dacă în mod excepțional au rămas resturi, ele să fie închise cu cea mai mare grijă într-un loc unde nu pot ajunge copiii.

Sovata, stațiune situată în plină regiune muntoasă, înconjurată de păduri de stejari și fag, la o altitudine de 520 metri; se poate ajunge aici fie pe linia de tren îngustă Tg. Mureș-Praid, fie prin numeroasele legături de autobuze cu orașele Odorhei, Tg. Mureș, Sîngeorgiu de Pădure etc. Climatul stațiunii este subalpin, de cruțare, dar avînd și unele elemente stimulante. Caracteristica acestei stațiuni o constituie cele cinci lacuri helioterme: Ursu, Aluniș, Șerpi, Negru și Roșu, care sînt puternic, dar variabil concentrate (80—230 g‰), conținînd în special clorură de sodiu. Cel mai mare și mai important lac este Ursu care are o suprafață de 45 000 metri pătrați și la care a fost constatat și studiat — pentru prima oară în lume — fenomenul de heliotermie. Acesta se explică prin faptul că lacul are la suprafață un strat de apă dulce care lasă să treacă razele calorice solare ce încălzesc straturile din ce în ce mai concentrate

Sovata.

mergînd pînă la adîncimea de 2 metri, la care se poate constata o temperatură cu 10—12 grade mai mare ca la suprafață. Un bolnav deci, care ar sta vertical în apă ar avea în dreptul cefei apa la temperatura răcoroasă,

în timp ce la tălpi, apa l-ar frige. În timpul verii, cînd apa este răscolită de înotători, fenomenul se reduce mult, dar în lunile iunie şi septembrie, el poate fi constatat cu uşurinţă. În staţiunea Sovata există numeroase surse de apă sărată dintre care menţionăm pe cea concentrată de la Ghera. De asemenea din lacul Negru se extrage un nămol sapropelic, folosit în împachetări. Cura în staţiunea Sovata se recomandă în bolile inflamatoare cronice ale aparatului genital, sterilitate, boli ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic. Climatul staţiunii se pretează de asemenea la odihnă şi la tratamentul astenicilor şi convalescenţilor. Excursii se pot face la Praid, Valea Sebeşului, muntele Sala (1777 m) şi — mai lungi — la lacul Roşu, Cheile Bicazului, la Borsec.

spasmofilie, formă latentă a tetaniei rahitogene (vezi tetanie). În această boală, hiperexcitabilitatea sistemului nervos (în urma scăderii concentraţiei ionilor de calciu în sînge) nu se manifestă în mod spontan, ci trebuie căutată; de exemplu, prin percuţia obrazului se produce o contracţie fulgerătoare a musculaturii faciale (semnul Chvostek). La copilul şcolar, hiperexcitabilitatea neuromusculară poate ţine şi de alţi factori de cît de tulburările metabolismului fosfocalcic. Simptomele tetaniei latente (spasmofiliei) pot varia de la o zi la alta; uneori, o tetanie latentă se poate transforma în tetanie manifestă. Pentru prevenire şi tratament, vezi tetanie.

spălături, introducerea în scop terapeutic a unei cantităţi de lichid într-o cavitate naturală sau formată accidental în organism, şi evacuarea ulterioară a acestui lichid care antrenează cu el anumite substanţe care au pătruns accidental, anumite secreţii patologice etc. a) Spălătura gastrică este indicată în intoxicaţii alimentare sau substanţe chimice, în dilataţia gastrică acută, în ocluziile intestinale. În stenoza pilorică cu stază gastrică, serveşte ca pregătire preoperatorie. Este contraindicată la bolnavii cu boli pulmonare grave, cu boli de inimă decompensate, la caşectici, în ulcerul gastric în criză acută şi în cancerul gastric. De asemenea este contraindicată în intoxicaţiile cu substanţe caustice dacă au trecut 3 ore de la ingerarea lor. b) Spălătura uretrală se face cu soluţii slabe de permanganat de potasiu 1/10 000, cu oxicianură de potasiu 1/5 000, cu acid boric 40‰, cu scopul de a pregăti uretra în vederea unui cateterism sau ca tratament al unei infecţii uretrale. Poate da accidente infecţioase (prostatite, epididimite), de aceea trebuie făcută de un cadru sanitar.

spermatoree, evacuarea pe uretră a lichidului spermatic, în afara actului sexual, cu penisul în erecţie, dar mai frecvent în stare de flaciditate. Se observă mai ales în timpul defecaţiei sau în urma unei mici excitaţii, uneori fără nici un motiv evident. Cauza poate fi o boală a sistemului nervos (mielită, tabes), dar mai frecvent se observă la nevropaţi, astenici, onanişti, la bolnavii cu uretro-prostatite cronice. În general, beneficiază de un tratament de tonificare a sistemului nervos (stricnină, vitamină B_1, trifosfaden), helioterapie antispastice (papaverină), cură heliomarină şi nămol.

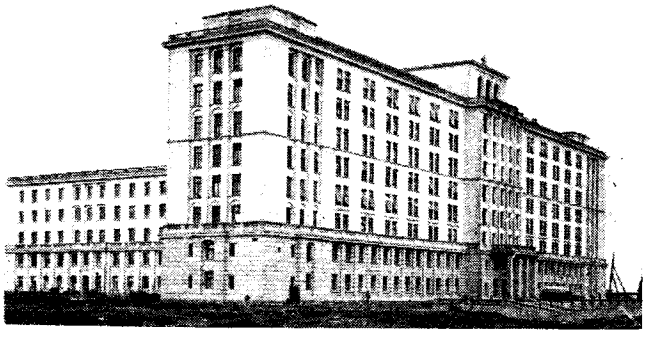
spina bifida, malformaţie a rahisului caracterizată prin oprirea în dezvoltare a arcurilor vertebrale, care nu se mai unesc pe linia mediană pentru a închide canalul neural. Prin acest spaţiu se poate face o hernie formată din învelişurile măduvei şi lichid cefalorahidian (meningocel). Mai frecvent, spina bifida este descoperită întîmplător şi nu prezintă nici o modificare la nivelul fisurii (spina bifida ocultă). Poate determina leziuni trofice la distanţă (ulcer trofic al călcîiului) sau tulburări de micţiune (pierderi involuntare de urină).

Spiridonia, fundaţie care a înfiinţat şi administrat numeroase aşezăminte spitaliceşti din Iaşi şi din alte oraşe ale Moldovei. La 1 ianuarie 1757, domnitorul Moldovei Constantin Cehan Racoviţă a semnat hrisovul care fixa regulile de funcţionare a aşezămîntului pentru îngrijirea bolnavilor întemeiat cu cîţiva ani înainte pe lîngă Mănăstirea Sf. Spiridon din Iaşi, de către boierul Ştefan Bosie. Peste un secol, la data Unirii Principatelor, Epitropia generală a Casei Sf. Spiridon sau Spiridonia, cum i se mai spunea pe scurt, administra 13 instituţii spitaliceşti din Iaşi, Roman, Galaţi, Botoşani, Bîrlad, Focşani, Tîrgu-Ocna, Tîrgu-Neamţ şi Hîrlău (spitale, ospicii şi maternităţi). Cea mai importantă din aceste instituţii era Spitalul central din Iaşi, actualul Spital orăşenesc clinic de adulţi, care după 1879 a devenit principala bază de învăţămînt a Facultăţii de medicină, înfiinţată în acel an în capitala Moldovei. La acest spital au lucrat mari personalităţi ale medicinei noastre, ca de exemplu: Gh. Cuciureanu, At. Fătu, L. Russ-senior, L-Russ-junior, C. Bacaloglu, A. Theohari, E. Juvara, N. Hortolomei, I. Enescu şi alţii.

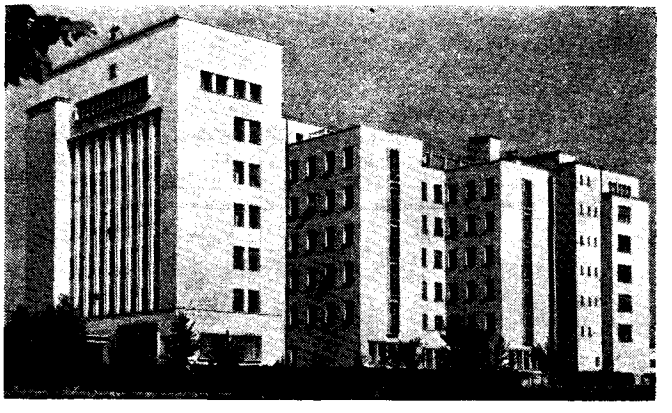
spirometrie, măsurarea volumelor pulmonare cu ajutorul unui aparat numit *spirometru* (vezi respiraţie). Înscrierea mişcărilor respiratorii poartă numele de *spirografie*.

spital, instituţie medicală special profilată pentru tratarea în staţionar (la pat) a bolnavilor. În ţara noastră, în anii puterii populare, s-au luat măsuri de lichidare a stării de înapoiere ce domnea în trecut în asistenţa spitalicească. Astfel, într-un mic număr de ani s-au înfiinţat la noi de peste două ori mai multe paturi de spital decît au fost create în cursul întregii istorii anterioare a Romîniei. Numărul paturilor de spital a crescut de la 30 812 în 1938, la 106 112 în 1961. Spitalele noastre sînt organizate pe criteriul teritorial, acordînd asistenţă bolnavilor dintr-un anumit raion sau oraş. Acolo unde funcţionează anumite servicii de specialitate negeneralizate la toate spitalele (neurochirurgie, operaţii pe inimă, endocrinologie, psihiatrie etc.) este organizată şi primirea de bolnavi din alte teritorii. Bolnavul care se

internează în spital trebuie să urmeze cîteva reguli, în interesul propriei sale restabiliri: să cunoască şi să respecte în mod disciplinat normele de comportament pentru cei internaţi şi programul stabilit de conducerea spitalului; să nu se aprovizioneze cu cantităţi exagerate de alimente, care fie că nu se potrivesc cu regimul, fie că nu pot fi consumate şi trebuie aruncate; să respecte liniştea celorlalţi bolnavi; să nu aibă prea mulţi vizitatori, în afara familiei şi în afara orelor de vizită; să se informeze asupra regimului de viaţă şi de alimentaţie care i se recomandă pentru perioada consecutivă părăsirii spitalului.



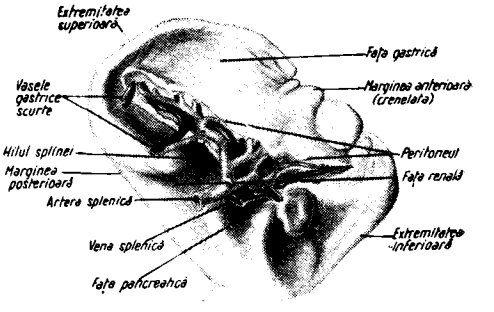
Spitalul „Fundeni" din Bucureşti.



Spitalul „C. I. Parhon", din Iaşi.

splenomegalie, mărirea de volum a splinei, care depăşeşte limitele variaţiilor fiziologice. Splina avînd o greutate medie de 180—250 g cu dimensiuni de 12—14 cm diametru longitudinal, 7—9 cm diametru vertical şi 3—4 cm diametru transversal, mai mică la femeie şi bătrîn, decît la bărbat şi adult, are proprietatea fiziologică de a se destinde mult în cazul înmagazinării de sînge şi de a se contracta, aruncîndu-l în circulaţie, în cazul eforturilor sau hemoragiilor mari. Splenomegalia trebuie diferenţiată de modificările organelor care apar la examenul obiectiv în aceeaşi regiune externă a corpului în care este situată splina (mărirea lobului stîng al ficatului, tumorile rinichiului stîng, tumorile unghiului splenic al intestinului gros, tumorile cozii pancreasului, tumorile coloanei vertebrale, (uneori fibromul uterin sau un chist de ovar). Atunci cînd aceste diagnostice se infirmă trebuie căutată cauza splenomegaliei, eliminîndu-se bolile infectocontagioase, parazitare (în special paludismul) şi, ţinînd seama de fiziologia şi legăturile funcţionale ale splinei cu celelalte organe, se vor lua în considerare bolile sistemului hematopoietic, ficatului, sistemului leucopoietic sau bolile cu caracter familial. Cu cît prezentarea la medic se va face din vreme pentru precizarea diagnosticului, cu atît mai precoce se poate trece la scoaterea chirurgicală a splinei (splenectomie) salvînd viaţa bolnavului.

splină, organ de formă ovalară, turtită, lung de circa 8—15 cm şi gros de 3—4 cm, situat în hipocondrul drept (vezi abdomen), în stînga stomacului. De culoare violacee, splina este acoperită cu o capsulă rezistentă şi menţinută în poziţia amintită prin ligamentele splenice care o leagă de organele din jur. În greutate de circa 200 g (normal la adult), organul poate atinge dimensiuni mult mai mari în malarie, ciroza ficatului etc. Secţionată, splina prezintă o zonă corticală şi una medulară, numită *pulpă splenică*, care la rîndul ei este de două feluri: *pulpa albă*, care formează limfocite şi *pulpa roşie*, prin care curge sîngele şi în care se pot depozita şi distruge hematiile (vezi sînge). Rolul principal al splinei este de a forma limfocite şi de a depozita



Splină.

globulele roşii pe care le distruge, reţinînd pigmentul numit *hemoglobină*, pe care prin sînge îl pune la dispoziţia măduvei osoase, pentru formarea altor globule roşii. Splina este un organ care reacţionează în cursul infecţiilor organismului prin mărirea ei de volum, astfel încît palparea ei este unul dintre semnele existenţei unei asemenea infecţii. Injectarea în splină a unei substanţe opace la razele X poate permite ulterior evidenţierea prin radiografie a *venei porte*, fapt deosebit de util în afecţiunile hepatice în care circulaţia portă este stînjenită. Splina nu este un organ indispensabil vieţii, încît atunci cînd prezenţa ei este dăunătoare, poate fi extirpată fără urmări grave.

spondilită ankilopoietică, inflamaţie reumatismală a articulaţiilor coloanei vertebrale, cu evoluţie progresivă către anchiloza acesteia. În 25% din cazuri se prind, pe lîngă coloana vertebrală, şi alte articulaţii: ale umerilor şi coapselor şi chiar întreg aparatul locomotor. Această afecţiune apare la persoane între 20 şi 40 de ani şi este de 7 ori mai frecventă la bărbaţi decît la femei. Un semn precoce al bolii este lumbagoul intermitent (dureri de şale), însoţit uneori şi de iradieri de-a lungul sciaticului. Durerile sînt destul de trecătoare, dar au tendinţa de a se repeta în acelaşi loc. O dată cu ele, coloana, în întregime, sau mai des regiunea dureroasă, se mişcă mai greu, se înţepeneşte, îşi pierde elasticitatea, limitînd mişcările de aplecare, ca şi pe cele de înclinare laterală a corpului. În această fază de început, examenul clinic medical completat cu cel radiografic care arată o ştergere a articulaţiilor sacroiliace poate asigura diagnosticul precoce al bolii. În fazele ulterioare, durerile, ca şi limitarea mişcărilor, cuprind progresiv şi alte porţiuni ale coloanei pe care o deformează, împrumutîndu-i cu timpul aspectul asemănător cu un semn de întrebare. În stadiile finale, întreaga coloană este fixată ca într-un bloc osos; sînt prinse în această fază şi articulaţiile şoldurilor şi umerilor, uneori şi genunchii. *Tratamentul* în spondilita ankilopoietică are ca scop să prevină deformaţiile şi să menţină o mobilitate cît mai normală a coloanei. *Tratamentul* de bază constă în raze Röntgen aplicate pe articulaţiile sacroiliace şi la nevoie de-a lungul întregii coloane. Oricare ar fi medicaţia, ea se va asocia cu repaus la pat şi gimnastică medicală. Patul pe care se odihneşte bolnavul trebuie să fie tare, iar poziţia în pat va fi pe spate, cu coloana vertebrală cît mai întinsă. O dată cu mobilizarea se încep şi mişcări mici şi progresive ale coloanei. *Tratamentul* cu agenţi fizici şi balnear făcut, în perioadele de liniştire a bolii, aduce ameliorări importante. Se recomandă cure balneare în staţiunile Govora şi Herculane.

spondiloză, artroză a coloanei vertebrale. După locul în care se situează leziunile în coloană, spondiloza poate fi *cervicală* (regiunea cefii), *dorsală* (regiunea spatelui) şi *lombară* (regiunea şalelor). Spondiloza ca şi alte manifestări ale reumatismului degenerativ, apare mai frecvent după vîrsta de 40 de ani. Semnele principale ale bolii sînt durerea şi limitarea mişcărilor. Caracteristic pentru durerea în această boală reumatismală este faptul că ea apare la primele mişcări, se şterge progresiv în cursul activităţii şi dispare în general la repaus. Este important de semnalat că deşi localizată pe o porţiune a coloanei, această durere poate iradia la distanţă, determinînd senzaţie de înţepătură în mîini, dureri în piept care se pot confunda cu angina pectorală, dureri în centură, catalogate drept nevralgii intercostale, semne de sciatică. Modificările atmosferice (frig, umezeală, timp noros) intensifică aceste dureri tot aşa după cum diversele infecţii (amigdaliene, dentare, de prostată) pot „încălzi" o spondiloză cronică sau latentă. Diagnosticul spondilozei nu se poate pune fără un examen radiografic, care arată diverse modificări: crestături de forma unor ciocuri de papagal şi îngustarea spaţiului intervertebral care traduce uzura discului dintre vertebre. Pentru a preveni spondiloza se recomandă practicarea sportului. în acest sens este bună măsura luată de unele întreprinderi de a introduce 15—20 de minute de „gimnastică în producţie". Se mai recomandă o alimentaţie care va pune la adăpost de obezitate, evitarea statului în picioare prelungit, corectarea tulburărilor statice (picior plat) şi a poziţiilor incorecte în muncă. Procesul de automatizare şi mecanizare complexă propriu dezvoltării industriei în ţările socialiste, asigură dezvoltarea muncii în condiţii cît mai fiziologice. *Tratamentul* curativ constă în repaus la pat atunci cînd durerile din regiunea coloanei vertebrale sînt puternice. Printre medicamentele recomandate citäm: aspirina, piramidonul, antadolul, infiltraţiile locale cu xilină şi hidrocortizon. În formele severe se recomandă raze Röntgen. Gimnastica medicală asociată cu masajul regiunii respective activează circulaţia şi creşte forţa musculară locală, întîrziind astfel procesul de uzură discală. Se va avea în vedere ca aceste mişcări de gimnastică să aibă un caracter progresiv şi să nu deştepte dureri. Cura balneară recomandată în spondiloză are în vedere apele care conţin iod, sulf sau sînt radioactive. Govora, Bazna, Herculane, Pucioasa, Victoria, Techirghiol, Amara.

spută, secreţie a căilor respiratorii care se elimină în timpul tusei. Sputa are mare importanţă pentru stabilirea diagnosticului, de aceea trebuie colectată timp de 24 de ore într-un vas, de obicei gradat. În vas se toarnă, la recomandarea medicului, o cantitate fixă de substanţă dezinfectantă (100 ml lisol 5%). Sputa este incoloră la începutul unei bronşite şi galbenă-verzuie în faza ei de coacere. Această culoare se observă şi pentru sputa din tuberculoza pulmonară, din abcesele pulmonare deschise în bronhii şi din bronşiectazii. În pneumonie, sputa are o culoare ruginie, ca zahărul ars; în gangrena pulmonară este brună-murdară, în hemoptizie, este roşie-deschis, iar în cancerul

pulmonar, este de culoarea jeleului de coacăze. Sputa poate avea un miros fetid, ca în unele supurații pulmonare. Există și o spută formată numai din puroi, așa cum apare în cursul evacuărilor unui abces pulmonar prin bronhii și gură (vomică). Sputa se supune unui examen de laborator pentru stabilirea prezenței unor germeni și efectuarea antibiogramei, căutarea celulelor canceroase, fibrelor elastice (supurații pulmonare) paraziți (cîrlige de echinococ în chistul hidatic) sau ciuperci.

stafilococ, gen de bacterie din familia cocilor. La înmulțire, celulele noi rămîn legate una de cealaltă și formează aglomerări, asemănătoare unui ciorchine de strugure. Celulele de stafilococi de formă sferică au diametrul între 0,6 și 0,8 microni. Nu formează spori. Dintre stafilococi, cei mai răspîndiți sînt stafilococul auriu, stafilococul alb și cel galben. Majoritatea stafilococilor sînt patogeni: provoacă supurația plăgilor, abcese, furuncule, angine, inflamația pielii, stări septice; stafilococul auriu poate fi cauza unor toxiinfecții alimentare grave.

stare de sănătate. Starea de sănătate a populației se apreciază pe teritoriul întregii țări sau pe teritorii limitate (regiune, raion, oraș, sat, întreprindere) pe baza unor indici obiectivi referitori la *demografie, morbiditate* și *dezvoltarea fizică* a populației în corelație cu indicii de eficiență a activității medico-sanitare. La noi în țară, ca rezultat al marilor transformări pe tărîm economic și social-cultural, precum și ca urmare a dezvoltării acțiunii de ocrotire a sănătății, starea de sănătate a populației cunoaște un proces de îmbunătățire continuă. Organele de conducere a ocrotirii sănătății procedează sistematic, prin metode științifice, la analiza stării de sănătate a populației, trăgînd concluzii în legătură cu orientarea și planificarea măsurilor de ocrotire a sănătății pe perioada imediat următoare.

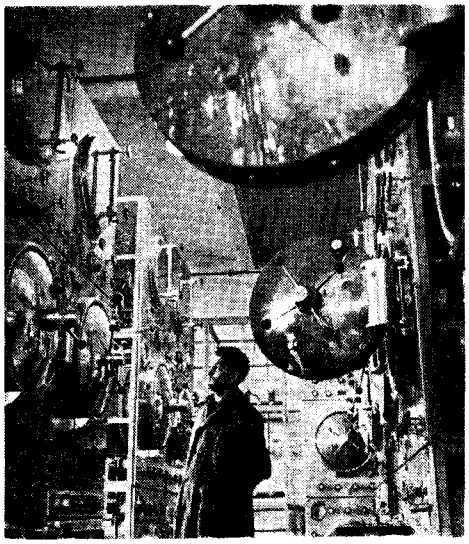
stare sanitară — a nu se confunda cu *stare de sănătate* a unui oraș, sat, cartier, întreprindere, școală etc. indică gradul de acoperire, în sectorul respectiv, cu mijloacele menite să asigure condițiile unui trai igienic: aprovizionarea cu apă potabilă, sisteme de evacuare a reziduurilor solide și lichide, băi, dușuri, amenajări pentru protecția sanitară a aerului, apei și solului, instalații permițînd funcționarea igienică a unităților în care se produc sau se desfac alimente etc. Îmbunătățirea continuă a stării sanitare, pretutindeni unde trăiesc și muncesc oamenii, potrivit cu recomandările igienei și cu concretizarea acestor recomandări în prevederile legislației sanitare, formează o preocupare de frunte a sfaturilor populare, a conducerilor întreprinderilor și instituțiilor etc. și trebuie să formeze deopotrivă preocuparea oricărui gospodar, la el acasă.

stereotipie, mișcare repetată, involuntară, care apare în unele afecțiuni psihice patologice și care exprimă diferite acțiuni simple, fie prin păstrarea unei atitudini, chiar incomode mult timp (ține o mînă ridicată, stau într-un picior), fie invers, prin repetarea unei mișcări (repetă aceleași cuvinte, mișcă în același fel brațele, merg sărind). Stereotipiile, mai ales cele cu păstrarea unei atitudini, se întîlnesc într-o serie de boli psihice ca: schizofrenie, melancolie etc. Stereotipiile pot fi întîlnite și la oameni distrați, preocupați de rezolvarea unor probleme, sau care au suferit o serie de traume psihice (supărări). După Pavlov, cauza lor ține de persistența unor focare de excitație în zona din scoarța cerebrală care comandă mișcările (zona motorie).

sterilitate, incapacitatea unui individ matur de a procrea. Sterilitatea la bărbat poate fi legată de impotența sexuală sau constă numai în imposibilitatea de a fecunda prin cantitatea prea mică sau lipsa spermatozoizilor din spermă. Acest din urmă fel de sterilitate apare ca urmare a blenoragiilor complicate, a tuberculozei testiculare, după parotidita epidemică cu complicații testiculare bilaterale, sau ca urmare a iradierilor cu substanțe radioactive sau raze X. O femeie se consideră sterilă cînd nu rămîne gravidă după 2 ani de viață sexuală regulată cu un bărbat sănătos din punct de vedere sexual. Sterilitatea femeii este primară, cînd nu a rămas niciodată gravidă, sau secundară, cînd apare după o perioadă de fertilitate. Sterilitatea feminină este datorită fie unor malformații ale organelor genitale care interesează vaginul, uterul sau cel mai frecvent trompele, fie obstrucției tubare consecutive unei tuberculoze peritoneale, sau unei metroanexite cu gonococ sau alt germen. O altă cauză a sterilității o constituie tulburările de ovulație ale ovarului sau imposibilitatea oului fecundat de a se fixa și dezvolta în uter. În tratamentul sterilității trebuie precizat în primul rînd care din cei doi soți este steril, apoi instituit tratamentul necesar. Sterilitatea masculină este greu de influențat; sterilitatea feminină se poate trata mai ușor cînd este vorba de o tulburare endocrină și mai greu cînd este vorba de lipsa de permeabilitate a trompelor. *Tratamentul* balnear, fizioterapic și uneori cel chirurgical pot aduce vindecarea. Prevenirea sterilității se face prin tratarea precoce și completă a blenoragiilor, evitarea infecțiilor genitale la femeie printr-o riguroasă igienă genitală și sexuală și prin evitarea avorturilor.

sterilizare, a) procedeu prin care se realizează distrugerea totală a microorganismelor vii (microbi, virusuri etc.) de pe diferite obiecte, din lichide, produse alimentare sau soluții medicamentoase. În spitale, sterilizarea este larg practicată cu ajutorul unor instalații speciale, folosind aburul, căldura uscată, formolul sau razele ultraviolete. Materialele astfel eliberate de germeni se numesc „sterile". În gospodărie, cel mai practic și mai sigur procedeu de sterilizare este fiertul în clocot. În apa care fierbe, majoritatea germenilor pier într-un

timp foarte scurt, însă fiertul trebuie să dureze 30 de minute, pentru a se distruge unele forme rezistente ale microbilor şi în special virusul hepatitei epidemice. Sterilizarea, în familie, este necesară pentru vesela sugarului, pentru vasele şi lenjeria bolnavului contagios îngrijit



Instalaţii de sterilizare romîneşti

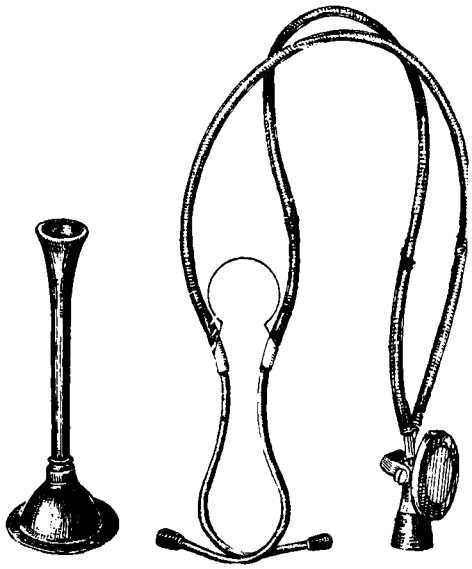
acasă, ca şi pentru îndepărtarea microbilor la prepararea conservelor de iarnă. Laptele care se dă copiilor trebuie obligatoriu sterilizat prin fierbere pînă dă în clocot, fără a ne grăbi să-l luăm de pe foc de îndată ce a început să se umfle. Foarte importantă este sterilizarea corectă a seringilor şi acelor, prin fierbere timp de 30 de minute. Aşa-zisa sterilizare a seringilor prin păstrare în alcool este incorectă şi primejdioasă, deoarece permite transmiterea virusului hepatitei epidemice cu ocazia injecţiei; b) suprimarea prin mijloace medicale a capacităţii de procreare a omului. Acest fel de sterilizare se practică numai în situaţii excepţionale, ca spre exemplu la bărbat, în caz de tuberculoză genitală, şi la femeie, în caz de afecţiuni cardiovasculare sau alte boli care ar ameninţa viaţa în caz de sarcină.

stetoscop, instrument medical, utilizat pentru auscultarea unor zgomote din interiorul corpului, cum sînt: zgomotele cardiace (vezi inimă) respiratorii etc.

Stîncă Ştefan (1865—1897), medic militant socialist romîn. În 1891 şi-a susţinut la Facultatea de medicină din Bucureşti teza de doctorat intitulată „Mediul social ca factor patologic". Aceasta este prima lucrare medicală romînească întemeiată pe învaţătura marxistă. Bazîndu-se pe o bogată documentare medicală şi sociologică, cît şi pe propria sa experienţă de luptător revoluţionar, Stîncă demonstrează aici că, în orînduirile bazate pe exploatarea omului de către om, masele muncitoare sînt ameninţate în permanenţă să-şi compromită sănătatea, ca urmare a mizeriei şi a supraeforturilor. Mediul social nu devine un factor de apărare şi consolidare a sănătăţii tuturor indivizilor decît în condiţiile instaurării unei

Ştefan Stîncă

orînduiri în care inegalitatea social-economică este desfiinţată. „În mîinile noastre stă putinţa de a curma cu defectele inerente societăţii noastre. Să ne slujim de această putere... Vindecarea bolilor la a căror producere ia parte însemnată mediul social nu o poate aduce terapia medicală, ea singură, sau măsurile

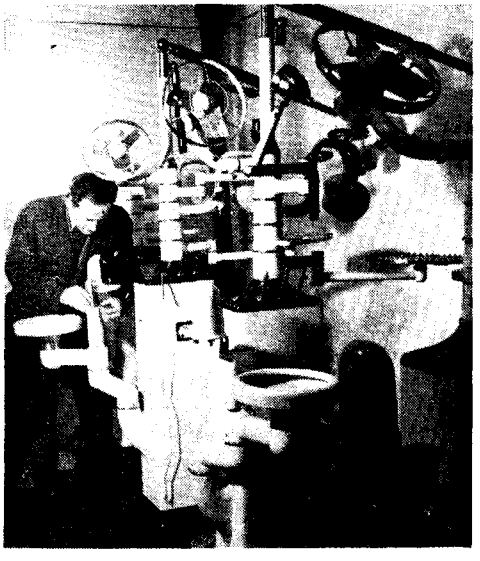


Stetoscoape

igienice, ele singure: reformele mari sociale trebuie să le vină în ajutor", încheie Stîncă teza sa de doctorat. Luptătorul socialist a murit de tuberculoză, în plină tinereţe, după ce funcţionase ca medic de ţară şi în centrele muncitoreşti. În 1948 a fost numit membru de onoare *post-mortem* al Academiei R.P.R.

stomatită, inflamaţie a mucoasei bucale. Se deosebesc: stomatită cataralâ sau simplă, aftoasă, de natură lactată, ulceroasă (sau gangrenoasă). Stomatita cataralâ este inflamaţia superficială a mucoasei, mai mult la marginea gingiei. Papilele gingivale se umflă şi deseori sîngerează. La început, limba se acoperă cu un strat de culoare deschisă, care devine apoi căfeniu. Stomatita aftoasă se dezvoltă datorită pătrunderii microbilor de supuraţie (stafilococi, streptococi) în mucoasa bucală, mai frecvent a unui virus. Una din formele stomatitei este şi inflamaţia cronică superficială a mucoasei bucale, aşa-numita leucoplazie. În leucoplazie, pe mucoasă apar pete albicioase, care amintesc desenul sidefului. Leucoplazia se dezvoltă în mod obişnuit în cazul iritaţiei de lungă durată a mucoaselor. Evoluţia bolii este de lungă durată, în unele cazuri este posibilă degenerarea canceroasă. Stomatita ulceroasă constituie o afectare profundă a mucoasei, care începe frecvent pe gingii, la marginea unuia sau a cîtorva dinţi. Marginile ulceraţiei sînt acoperite cu o bordură de culoare cenuşiu-murdar. Ulceraţiile apar şi pe marginile limbii, pe suprafaţa sa inferioară şi în locul de trecere a mucoasei linguale pe fundul cavităţii bucale. Profilaxia stomatitei constă în eliminarea factorilor iritanţi: tutunul, alcoolul, alimentele picante, protezele dentare defecte etc.

stomatologie, ştiinţă care studiază bolile organelor cavităţii bucale, ale dinţilor, maxilarelor şi ale feţei. Medicii stomatologi sînt pregătiţi în facultăţi stomatologice speciale. În anii puterii populare s-a creat în ţara noastră o reţea ramificată de instituţii stomatologice de tip ambulator şi staţionar. A fost rezolvată şi industria de aparatură şi instrumentar romînesc necesare intervenţiilor stomatologice. În legătură cu metodele diferite de intervenţie în cadrul stomatologiei actuale s-au diferenţiat 4 ramuri relativ independente: 1) terapeutică; 2) chirurgicală; 3) ortopedică; 4) infantilă.



Unituri dentare romîneşti.

Caravana dentară, modern utilată, se deplasează în cele mai îndepărtate colţuri ale ţării.

strabism, devierea unuia sau a ambilor globi oculari însoţită de dispariţia vederii binoculare, datorită unui defect al muşchilor care produc mişcările ochiului (în popor: saşiu, sbanghiu, ochi încrucişaţi). Trebuie deosebit strabismul concomitent de strabismul paralitic. În strabismul concomitent, mişcările globilor oculari se fac cu uşurinţă în toate direcţiile privirii, deşi unul din ochi este deviat. În strabismul paralitic, unul din ochi are mişcările mai reduse în anumite direcţii; defectul se însoţeşte la început de vedere dublă (diplopie). Termenul de strabism este utilizat în mod obişnuit pentru strabismul concomitent. Strabismul concomitent poate fi convergent, cînd ochiul este deviat spre nas, înăuntru, sau poate fi divergent, cînd ochiul deviază în afară, spre tîmplă. Strabismul poate fi localizat la un singur ochi, constituind strabismul monolateral, sau poate fi alternant, cînd deviază pe rînd, un ochi sau celălalt. Strabismul concomitent se datoreşte unor tulburări de coordonare reflexă a puterii de acomodaţie şi de convergenţă a ochilor. Defectele de refracţie şi stările de dezechilibru nervos pot să favorizeze apariţia strabismului. Uneori, strabismul poate avea

un caracter ereditar — familial. Deviaţia permanentă a unuia din ochi, în strabismul monolateral, are ca urmare o scădere a vederii la ochiul deviat. Această scădere a vederii se produce prin faptul că, datorită devierii ochiului, imaginile obiectelor privite se formează pe puncte retiniene nesimetrice în cei doi ochi. Acest fapt provoacă diplopie (vedere dublă), care perturbă complet vederea. Pentru a se evita diplopia, imaginea unuia din ochi este ştearsă din conştiinţă. Imaginea formată în ochiul deviat fiind permanent eliminată din conştiinţă, acest ochi îşi pierde cu timpul deprinderea de a mai vedea, rămînînd cu o vedere foarte slabă (ambliopie). Tot datorită deviaţiei, vederea cu ambii ochi (vederea binoculară) nu este posibilă în strabism, căci una din imaginile celor doi ochi este anulată pentru a se evita diplopia. În felul acesta şi deprinderea de a vedea binocular se pierde la copiii cu strabism. Tratamentul strabismului cuprinde: prescrierea ochelarilor, corectarea deviaţiei, combaterea ambliopiei şi reeducarea vederii binoculare. Prescrierea ochelarilor la copii se face cu scopul de a corecta hipermetropia şi miopia, care constituie cauze favorizante pentru apariţia strabismului. Există cazuri mai uşoare de strabism în care deviaţia se poate reduce prin purtarea de ochelari. În restul cazurilor, corectarea deviaţiei se face prin intervenţie chirurgicală, care se practică la vîrsta de 5—6 ani, cu scopul de a restabili poziţia simetrică a ochiului deviat faţă de ochiul normal. În felul acesta se înlătură defectul estetic produs prin strabism, fără a remedia însă ambliopia şi lipsa vederii binoculare. Pentru a îmbunătăţi vederea ochiului deviat, în cazurile obişnuite, se recomandă acoperirea cu un pansament a ochiului bun, timp de o lună sau două, pentru a sili ochiul ambliop să-şi pună în acţiune funcţia vizuală. În cazuri mai grave sînt necesare exerciţii speciale, de lungă durată, care au rolul de a trezi deprinderea de a privi drept înainte cu ochiul care a fost deviat. Tratamentul pentru reeducarea ambliopiei în strabism se numeşte tratament pleoptic. Reeducarea vederii binoculare se face prin exerciţii speciale cu diverse aparate (sinoptofor, stereoscop) care constituie tratamentul ortoptic. Tratamentul ortoptic se poate aplica numai la copiii ceva mai mari, începînd de la vîrsta de 5 ani. Pentru a se începe exerciţiile ortoptice este necesar să existe o vedere aproape egală a celor doi ochi. Pentru a evita apariţia complicaţiilor în strabism şi pentru a simplifica tratamentul, copilul trebuie dus la medicul oftalmolog cît mai timpuriu, de la primele manifestări de strabism.

streptococ, gen de bacterie din familia coccilor. Datorită diviziunilor consecutive ale celulei, în timpul înmulţirii se formează un lanţ de celule. Celulele de streptococ au formă de sferă, cu diametrul de 0,6--1,0 micron. Nu formează spori. Dintre streptococi fac parte atît specii patogene, cît şi nepatogene. Unele specii de streptococ posedă aşa-numite proprietăţi hemolitice — proprietatea de a distruge hematiile. Streptococii sînt agenţii patogeni ai erizipelului, provoacă septicemia acută şi cronică, endocardita, anumite angine şi o serie de afecţiuni inflamatorii purulente (de exemplu, meningita purulentă, osteomielita, otita). O specie de streptococ — streptococul hemolitic — este considerat agentul patogen al scarlatinei. Este probabil că streptococul are un rol şi în dezvoltarea reumatismului. Cel mai răspîndit microb patogen este streptococul. Dintre streptococii nepatogeni face parte grupa de streptococi lactoacizi, care provoacă, de exemplu, fermentaţia lactoacidă. Culturile de streptococi lactoacizi se folosesc în industria laptelui ca fermenţi pentru obţinerea smîntînii, a untului. *Streptococie*, boală infecţioasă a pielii sau mucoaselor vizibile, produsă de streptococ. Sînt numeroase aspectele sub care se pot manifesta streptocociile pielii, ca de exemplu: erizipel, impetigo, pemfigus al nounăscutului, ectimă, conjunctivită, rinită, eczemă. *Tratamentul* lor constă în administrarea penicilinei pe cale generală şi tratament local, însă numai în urma unei prescripţii medicale.

streptomicină — vezi antibiotic.

strofantină, medicament extras din seminţele unor plante din regiunea ecuatorială, cu acţiune foarte rapidă de întărire a muşchiului inimii, atunci cînd îi scade puterea de contracţie. Se administrează numai intravenos, diluată şi foarte încet, acţiunea ei începînd rapid (cîteva minute), durînd 8—10 ore şi fiind apoi eliminată prin rinichi. Se indică în tratamentul de urgenţă al insuficienţelor cardiace decompensate, edem pulmonar acut. După obţinerea efectelor tonicardiace prin strofantină, tratamentul se va continua cu digitalice, care au o eliminare mai înceată din organism, acţionînd pe o perioadă mai mare de timp. Dacă bolnavul este sub tratament digitalic, se va face o pauză de 1—2 zile (aşteptînd să se elimine digitala), după care putem interveni cu strofantină.

strofulus, dermatoză alergică a copilului, caracterizată prin mici ridicături la suprafaţa pielii (papule), avînd în centrul lor o mică veziculă conţinînd un lichid clar. În cîteva zile, băşicuţa se usucă şi se formează o crustă, după a cărei detaşare pielea îşi reia aspectul normal. Erupţia este însoţită de mîncărimi intense, poate fi împrăştiată pe toată suprafaţa corpului şi are un caracter recidivant. Strofulusul infantil constituie un semnal de alarmă, care trebuie să atragă atenţia părinţilor asupra predispoziţiei copilului pentru manifestări alergice; de multe ori, aceşti copii fac în continuare urticarie, eczeme şi alte boli de sensibilizare. Tratamentul constă în respectarea unui regim lipsit de alimente cunoscute ca sensibilizante (roşii, căpşuni, fragi, ouă, lapte etc.) şi administrarea de medicamente desensibilizante, iar local paste sau mixturi calmante.

stupefiante, medicamente extrem de toxice, cu acțiune predominantă asupra sistemului nervos central. Producînd deseori inhibiție asupra centrilor din scoarță și excitînd centrii subcorticali, stupefiantele dau o stare de somnolență, cu alterarea impulsurilor senzoriale venite din mediul extern, acestea fiind foarte plăcute sau insuportabile (frică, oroare, halucinație), în funcție de tipul slab sau puternic de sistem nervos al fiecărui individ. Avînd efecte mari pînă la efecte toxice și mortale în doze foarte mici, stupefiantele nu se întrebuințează de cît în cazuri bine definite de boală, rețeta eliberată de medic fiind o rețetă specială (vezi timbru sec), care se reține la farmacie, iar doza prescrisă fiind limitată. Stupefiantele sînt de obicei alcaloizi extrași din plante exotice, (morfină, opiu, mescalină) sau sintetice (dilauden, dolantin).

stupoare, stare de prostație, de dezorientare, rezultat al unei tulburări psihice care se manifestă în aspectul exterior, în poziția pe care o ia bolnavul (bolnavul păstrează o poziție curioasă a corpului sau a feței). După tipul de manifestare putem vorbi de: *stupoare catatonică* atunci cînd bolnavul păstrează fără motiv și timp îndelungat poziții curioase și incomode, ca de exemplu bolnavul nu face nici o mișcare în pat, stă cu ochii închiși, ține o mînă ridicată, și se opune cînd se încearcă scoaterea sa din această poziție (tulburare frecventă în schizofrenie); *stupoare confuzională* în care mișcările bolnavului sînt aproape inexistente, iar aspectul general este al omului somnolent. Bolnavul avînd o conștiință diminuată pe fondul căreia pot apărea visuri disparate și sărace în conținut; *stupoare melancolică* (vezi melancolie), cu fața ștearsă, cu aspect de mare suferință, cu mișcările corpului lente, exprimînd aceeași suferință și deprimare; *stupoare emotivă*, care poate apărea după emoții mari. Bolnavul pare că și-a pierdut conștiința, păstrează o poziție fixă, perplexă, iar fața nu are nici o expresie. La revenire, bolnavul este confuz, agitat, uneori nu poate vorbi o perioadă de timp.

sugar, termen care desemnează în mod convențional copilul în primele 12 luni de viață. Perioada de la naștere pînă la 30 de zile este denumită (de asemenea în mod convențional) perioada neonatală. Procesul esențial al acestei vîrste este creșterea rapidă în lungime și greutate. Creșterea are două laturi fundamentale, care alcătuiesc o unitate a contrariilor: acumularea de masă organică (creșterea masei corporale, a lungimii corpului, a organelor) și diferențierea (modificarea formei și structurii diferitelor țesuturi și organe). Viteza și intensitatea *creșterii* scad din ce în ce mai mult în decursul copilăriei: în nici o altă perioadă a vieții nu are loc o creștere așa de intensă ca în perioada de sugar, la sfîrșitul căreia copilul își triplează greutatea de la naștere. Încetinirea creșterii nu se explică prin slăbirea „puterii de creștere", ci prin diferențiere; creșterea determină diferențierea, iar aceasta la rîndul său frînează creșterea. În comparație cu animalele, dezvoltarea omului este mai lentă; iepurele își dublează greutatea de la naștere în 6 zile, cîinele în 8 zile, omul în 180 de zile (6 luni). Suma totală a caloriilor necesare pînă la dublarea greutății este de 4 000—5 000, la animale, în vreme ce la sugar este de 28 000. Creșterea ponderală și cea staturală pot fi măsurate exact, constituind un mijloc valoros de apreciere a stării de sănătate a copilului, întrucît orice boală oprește creșterea ponderală și dacă, este de mai lungă durată și mai ales la sugar, creșterea staturală. Cifrele medii ale *creșterii ponderale* sînt următoarele: un copil născut la termen cu 3 000—3 500 g crește în primele 4 luni cu 750 g pe lună, din luna a V-a — a VIII-a cu 500 g pe lună și din luna a IX-a — a XII-a cu 250 g pe lună (la 1 an cîntărește între 9 500 și 9 800 g). De la 1—2 ani, copilul crește cu 3 kg, iar după aceea cu 1 500—2 000 g anual, pînă la vîrsta de 9—10 ani. *Creșterea înălțimii* reprezintă dezvoltarea scheletului. Un sugar la termen măsoară la naștere în medie 50 cm, el crește în luna I cu 4 cm în luna a II-a și a III-a cu cîte 3 cm, iar în luna a IV-a cu 2 cm și apoi cu cîte 1 cm lunar, pînă la 1 an (cînd măsoară în medie 70 cm). De la 1 la 2 ani, înălțimea se mărește cu 10—12 cm pe an, de la 2 la 4 ani cu cîte 10 cm și apoi cu cîte 5 cm pînă la pubertate. Toate aceste cifre sînt aproximative: ele necesită experiență din partea aceluia care le interpretează. Această creștere intensă explică și nevoile relativ mari ale sugarului, nevoi energetice, de principii alimentare (proteine, lipide, glucide), de apă, săruri, și vitamine. De la 6 luni apare *dentiția de lapte*, de obicei în ordinea următoare: a) între 6 și 8 luni, incisivii mediani inferiori; b) între 8 și 10 luni; incisivii mediani superiori; c) între 10 și 12 luni, incisivii laterali superiori; d) între 12 și 14 luni, incisivii laterali inferiori; deci, în jurul vîrstei de 1 an copilul are 8 dinți. O întîrziere de 1—2 luni în apariția unor dinți de obicei nu este patologică. Între 12 și 18 luni apar primii premolari, între 18 și 24 de luni apar caninii, între 24 și 30 de luni apar ultimii premolari; deci, copilul de 2 ani și jumătate are 20 de dinți (dentiția de lapte). Erupția dinților poate ocaziona mici tulburări (lipsă de apetit, nervozitate, discretă febră), însă este o greșeală a atribui orice îmbolnăvire a copilului în această perioadă apariției dinților. În asemenea împrejurări, copilul trebuie examinat de medic. Întîrzierile patologice în erupția dinților se datoresc rahitismului, mixedemului, tulburărilor sistemului nervos (encefalopatii) și altor cauze. În primul an de viață evoluează rapid și dezvoltarea *sistemului nervos:* din luna a II-a, sugarul începe să țină capul în sus și să-și recunoască mama; la 3—4 luni, sprijinindu-se pe antebrațe, își ridică trunchiul de pe planul orizontal; la 6—7 luni stă așezat

singur; la 8 luni se tîrăşte; la 8—9 luni se ridică în picioare, ţinîndu-se de marginea patului. La 1 an începe să meargă (întîi sprijinit şi apoi singur). Primele cuvinte le pronunţă la 8—9 luni. Întîrzierea în dezvoltarea psihomotorie poate fi datorită unei boli generale (tulburări digestive, otită, bronhopneumonie, piurie, rahitism) sau unei boli a sistemului nervos central (encefalopatie cronică). Sugarul va fi *alimentat* de preferinţă cu lapte de mamă, care conţine toate principiile necesare creşterii în proporţia cea mai adecvată. Laptele de femeie conţine în medie cam 17 g‰ proteine, 34 g‰ grăsime şi 68 g‰ glucide. Sugarul este pus la sîn pentru prima dată la 6—12 ore de la naştere. El trebuie obişnuit cu ore regulate de masă; în primele 3 luni se dau de obicei 7 mese pe zi, din 3 în 3 ore ziua, cu o pauză de 6 ore noaptea; de la 3 la 6 luni, sugarul este hrănit de 6 ori în 24 de ore (la 3 ore şi jumătate în timpul zilei); de la 6 la 7 luni, de 5 ori în 24 de ore; de la 7 la 8 luni, de 4 ori în 24 de ore (la 4 ore în timpul zilei). Dacă sugarul este distrofic, se recomandă alimentaţia la 3 ore chiar la vîrste mai mari. Sînul trebuie dat alternativ: la un supt, sînul drept, iar la celălalt, sînul stîng. Se dau ambii sîni la acelaşi supt numai după 6—7 luni, cînd cantitatea de lapte scade sau chiar mai devreme, la indicaţia medicului. După 2 luni se administrează sugarului suc de fructe (portocale), suc de morcovi raşi pe răzătoare şi storşi; se începe cu cîteva picături şi se creşte progresiv pînă la 1—2 linguriţe pe zi. Se întrerupe administrarea în caz de tulburări digestive. După vîrsta de 5—6 luni, laptele nu mai este un aliment suficient pentru creştere; de aceea se trece la diversificarea alimentaţiei (vezi înţărcare). Cînd mama are lapte puţin sau deloc acest fapt trebuie dovedit prin cîntărirea cantităţii de lapte pe care o poate furniza mama în 24 de ore), sîntem nevoiţi să recurgem la alimentaţie mixtă (lapte de mamă + un preparat de lapte de vacă), respectiv la alimentaţie artificială (numai un preparat de lapte de vacă), chiar din primele 5—6 luni, cînd copilul ar fi avut nevoie să fie alimentat în exclusivitate cu lapte de mamă. Preparatul de bază în aceste împrejurări este laptele praf (vezi capitolul respectiv). Pînă la căderea cordonului ombilical, copilul este spălat parţial, iar după căderea lui, el trebuie îmbăiat zilnic. Lenjeria de corp şi de pat trebuie schimbată imediat ce se murdăreşte. Camera sugarului trebuie să fie aerisită, curată, ştearsă de praf; temperatura camerei trebuie să fie în jurul lui 18—20°, cu o umiditate adecvată (aerul uscat împiedică procesul de autoapărare a mucoaselor respiratorii, favorizînd infecţiile la acest nivel). Sugarul trebuie ferit de contactul cu persoanele străine chiar dacă sînt aparent sănătoase şi de acela cu orice persoană bolnavă. Sugarul va fi ferit de aglomeraţie (cinema, restaurant). În primul an de viaţă se fac imunizări active (vezi capitolul vaccinări). În lunile de iarnă se recomandă profilaxia rahitismului.

sugestie (sugestionare), metodă în care cuvintele, ca excitante condiţionate al cărui conţinut se sugerează bolnavului, creează o excitaţie concentrată, într-o anumită zonă din scoarţa cerebrală, cu inhibiţia celorlalte zone. În acest fel, alte zone din scoarţă care determinau o boală psihică (spre exemplu stările obsesive ale unor nevroze), fiind puse în stare de inhibiţie, se creează condiţiile ca prin sugestii repetate această stare să se stingă şi să se realizeze vindecarea bolii. Ca forme de sugestie pot fi: *sugestia în stare de veghe* (adică prin sugerare directă, bolnavul fiind treaz sau părînd a fi, datorită unei stări hipnotice fruste); *sugestia în hipnoză* (adică provocarea prin sugestie a hipnozei, în care sugestibilitatea este foarte crescută). În această stare se sugerează bolnavului inexistenţa bolii sale şi certitudinea vindecării ei. Deoarece o mare parte a bolilor psihice sînt agravate de însăşi bolnav prin autosugestie, prin convingerea falsă a existenţei unor tulburări sau boli, înţelegem importanţa sugestiei şi rolul ei în vindecarea unor boli atunci cînd este mînuită cu discernămînt şi pricepere.

sulfamidă — vezi chimioterapic.

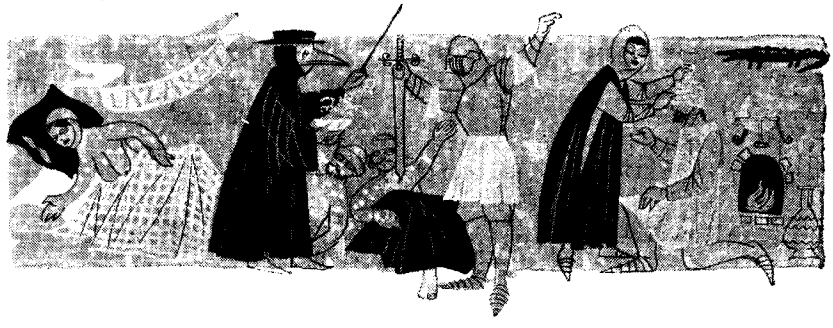
supă de morcovi, preparat dietetic dotat cu proprietăţi adsorbante şi antibacteriene, care se întrebuinţează cu rezultate foarte bune în tratamentul dispepsiilor sugarului, ca aliment de tranziţie (după dieta hidrică şi înainte de realimentare). Preparatul era folosit în mod empiric de ţăranii din Germania meridională, pînă cînd a fost introdus în terapia ştiinţifică de Moro (1908). Are următoarele însuşiri: continuă hidratarea copilului, pectinele pe care le conţine absorb toxinele şi microbii intestinali, aduce în organism săruri şi mai ales săruri de potasiu, prin umflarea pectinelor, destinde musculatura circulară a intestinului şi acţionează cu un piston care curăţă mecanic tubul digestiv şi, în sfîrşit, datorită valorii calorice (225 de calorii la 1 litru) calmează parţial foamea. Se administrează în mod curent în concentraţie de 50% (500 g morcovi la 1 litru de apă), în afară de sugarul sub o lună, la care se prescrie concentraţia de 30%. Se administrează în cantităţi zilnice de 150—200 ml pe kg de greutate corporală, pînă la un litru pe zi.

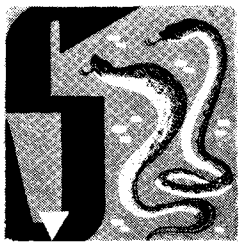
supozitor, formă solidă (cilindro-conică sau de torpilă) de administrare intrarectală a medicamentelor. La capăt sînt retezate drept, aceasta fiind partea cu care se introduc în rect, deoarece strîngerea sfincterului anal pe capătul ascuţit îi permite acestuia să avanseze şi să fie reţinut dincolo de sfincter. Această acţiune a sfincterului anal face ca, mai ales la copii, supozitorul să fie aruncat afară, atunci cînd, în mod greşit, încercăm să-l introducem cu partea ascuţită înainte. Supozitoarele diferă ca mărime, în funcţie de administrarea

lor la copii sau la adulți, și sînt prezentate în cutii de carton, fiecare supozitor fiind învelit în hîrtie pergamentată (de exemplu: antigermin), sau în staniol (poleială), ca de exemplu supozitoarele cu glicerină pentru copii. În compoziția supozitoarelor intră substanțe medicamentoase active și un excipient. Substanțele active administrate intrarectal cu ajutorul supozitoarelor pot urmări un efect local, lent, antiinflamator, dezinfectant, supozitoare antihemoroidale (sau antihelmintic în oxiurază). Uneori este necesar ca medicamentele să fie administrate pe cale rectală, ele fiind iritante prin altă cale de administrare (pentru stomac, de exemplu), precum și în cazurile în care starea gravă a bolnavului nu o permite; în acest caz, medicamentele fiind absorbite în sînge au un efect general sau la distanță de locul administrării. Astfel se administrează sub formă de supozitoare unele spasmolitice și mai ales hipnotice (opiaceele). Excipientele folosite în prepararea supozitoarelor (vehiculele substanțelor active) înt de obicei untul de cacao, gelatina cu glicerină și emulsii de ulei în apă sau apă în ulei. Ele trebuie să dea un anumit grad de consistență preparatului, să nu fie iritante în general, să se topească lent la temperatura corpului, să nu intre în reacție cu medicamentele incluse și să nu fie descompuse de flora microbiană bogată din rect. Supozitoarele se păstrează la loc răcoros, ferit de umezeală, în ambalajul original.

surdomutism, afecțiune caracterizată prin absența auzului și incapacitatea de a vorbi. Surditatea produsă înainte sau la începutul dezvoltării vorbirii (pînă la vîrsta de 4 ani) atrage după sine mutismul, deoarece copilul mic învață să vorbească imitînd cele auzite, atît ca ton, cît și ca articulație. Deci, cauza mutismului este surditatea, care la rîndul ei poate fi provocată de cauze multiple, unele congenitale, altele cîștigate. Printre cauzele congenitale notăm: erodosifilisul, alcoolismul, diverse boli infecto-contagioase, contractate de mamă în timpul sarcinii (rujeolă, scarlatină, gripă), șocuri psihice suferite în acea perioadă. Surdomutismul cîștigat poate fi produs prin: meningite, meningoencefalite, gripă, otite medii în cursul bolilor contagioase, intoxicații, traumatisme. Trebuie deosebit surdomutismul de debilitatea mintală sau de întîrzierea dezvoltării vorbirii la unii copii. Tratamentul este de domeniul pedagogilor specializați și se adresează mutismului. Copiii vor învăța să vorbească prin labiolectură (cititul după buze). Uneori, printr-un examen amănunțit, se pot descoperi resturi de auz, care pot fi utilizate pentru aplicarea unor aparate auditive.

suspensor, mică pungă din flanelă sau alt material, în care se introduce scrotul și care este prevăzută cu un orificiu prin care se scoate penisul. Scopul suspensorului este de a menține scrotul în poziție înaltă, lipit de perineu. Este utilizat în varicocel, orhiepididimite și în sport, pentru a feri testiculele de traumatisme.

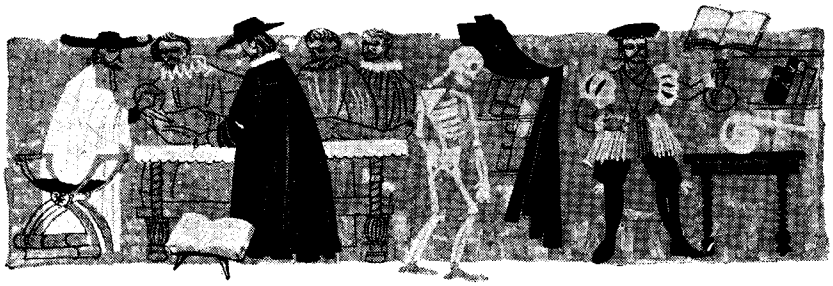


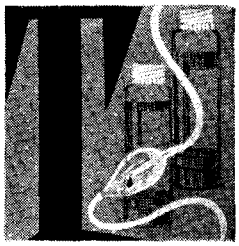


şancru moale, boală venerică infecţioasă provocată de streptobacilul Petersen-Ducrey. Contaminarea cu şancru moale are loc în special pe cale genitală; îmbolnăvirea nu produce imunitate, astfel încît boala poate să se repete. Şancrul moale se manifestă prin apariţia, la 2—7 zile de la contactul sexual infectant, a unor mici ulceraţii dureroase, cu tendinţă la extindere, care sîngerează uşor şi au margini dinţate neregulate; fundul ulceraţiilor (spre deosebire de şancrul tare sifilitic) este moale, neuniform, acoperit cu un strat de puroi. În 30% din cazuri, şancrul moale poate da o adenită, adică inflamarea ganglionilor limfatici din regiunea inghinală. Ganglionul bolnav este dureros, se umflă şi se poate sparge, lăsînd să se scurgă un puroi galben cremos. În unele cazuri de şancru moale se poate produce concomitent şi o infectare cu sifilis (aşa-numitul şancru mixt). În aceste cazuri, după 20 de zile de la apariţie, caracterele şancrului moale se transformă, acesta luînd aspectul şancrului sifilitic (vezi sifilis). Tratamentul şancrului moale se face prin sulfamide local sau pe cale generală. Această boală, foarte frecventă în trecut, este pe cale de dispariţie în ţara noastră datorită măsurilor energice de profilaxie luate de organele ocrotirii sănătăţii, prin unităţile medicale de specialitate. Oricine observă o rană — cît de mică — în regiunea organelor genitale este dator să se prezinte medicului.

şancru tare, prima manifestare vizibilă a îmbolnăvirii de sifilis — sifilomul primar (vezi sifilis).

şoc, tulburare gravă, funcţională, a organismului, produsă prin dereglarea activităţii nervoase superioare şi manifestată clinic prin prăbuşirea circulaţiei şi tulburarea schimburilor metabolice. Cauze determinante: traumatismele, anafilaxia, şocul posttransfuzional, toxinfecţiile. Cauze favorizante: oboseala, alimentaţia defectuoasă şi insuficientă, frigul, căldura excesivă. La început, bolnavul poate fi agitat, tegumentele palide, tensiunea arterială normală, uneori chiar crescută, pulsul accelerat şi mic, respiraţia normală, pupilele mici (şoc compensat). După cîteva minute sau cîteva ore, bolnavul devine liniştit, somnolent, privirea pierdută, răspunde greu la întrebări; tensiunea arterială scade, pulsul se accelerează, respiraţia este rapidă, superficială. Dacă nu se intervine de urgenţă, apar alterări ale celulei nervoase: bolnavul îşi pierde cunoştinţa, tensiunea coboară sub 50—60 mm Hg, pulsul nu se mai poate număra şi apare oarecare rigiditate a muşchilor. Este faza finală, care cu greu mai poate fi combătută. *Tratamentul* se îndreaptă asupra durerii şi asupra cauzelor care favorizează decompensarea: morfină, refacerea masei circulante cu sînge sau substituenţi, plasmă, soluţie glucozată, soluţii cu clorură de sodiu, clorură de potasiu, clorură de calciu, antihistaminice de sinteză, novocaină 1% în cantităţi de 20—40 ml intravenos, oxigenoterapie, noradrelină.





tabes, meningo-radiculită posterioară (datorită infecției sifilitice) adică o inflamație a meningelui, îndeosebi la nivelul rădăcinilor posterioare ale măduvei spinării (dar și a meningelui cerebral). În urma acestui proces inflamator, meningele se îngroașe, vasele sanguine de aici se strîmtează și apare o insuficiență cronică de oxigen în urma căreia vor suferi mai ales fibrele nervoase care transmit sensibilitatea profundă (care recepționează poziția membrelor și corpului). Deoarece rădăcinile nervilor rahidieni din porțiunea inferioară a măduvei au un înveliș meningian mai lung și o dispoziție mai verticală, se creează condiții pentru dezvoltarea treponemei (microbul sifilisului). Din această cauză, tulburările de sensibilitate profundă vor fi mai accentuate în membrele inferioare și ca urmare, bolnavii vor avea un mers nesigur, mai ales cînd nu și-l pot controla cu vederea, noaptea sau cînd închid ochii. Bolnavii mai prezintă dureri mari, în crize, mai ales în picioare (dureri fulgurante), reflexele osteo-tendinoase nu se produc, pupilele ochilor nu sînt egale și nu reacționează la lumină (semnul Argyll-Robertson), apar artropatii (deformații mari ale articulațiilor cu sau fără lichid în articulații), crize de vărsături sau dureri de stomac (crize gastrice tabetice). Este o boală foarte gravă, consecință a netratării la timp sau a unui tratament incomplet al sifilisului. Boala transformă pe om într-un invalid care suferă, pe de o parte, din cauza mersului foarte greoi (uneori imposibil), iar pe de altă parte, din cauza durerilor atroce și a altor complicații. Pentru aceasta, orice boală venerică trebuie tratată de la început și cu toată grija. Odată boala apărută, *tratamentul* urmărește mai ales să oprească evoluția gravă a bolii. Se administrează penicilină în cantitate mare, bismut, sedative, antinevralgice, toate după indicațiile medicului.

tahicardie, ritm cardiac rapid, depășind 80 de bătăi pe minut. La adult vorbim de *tahicardie sinuzală,* cînd ritmul regulat al inimii capătă o frecvență între 100 și 160 de bătăi pe minut. Apariția ei este fiziologică dacă survine după un efort fizic, digestiv, emoții. Unele boli, cum ar fi cele infecțioase febrile, cardiopatiile, anemiile, hipertiroidismul, se însoțesc constant de tahicardie sinuzală, care însă dispare o dată cu vindecarea bolii care a produs-o. *Tahicardia paroxistică* este un ritm cardiac rapid, de peste 180 de bătăi pe minut. Apare brusc și durează un timp variabil, de la crize scurte de cîteva secunde, pînă la 4—5 zile, excepțional cîteva săptămîni; aceste crize dispar tot brusc, spontan sau după instituirea tratamentului. Bolnavul acuză palpitații, alteori jenă precordială, ameteli, transpirații, grețuri și vărsături. După criză, bolnavul se simte vlăguit și elimină adesea cantități mari de urină decolorată (urină nervoasă). Dacă criza de tahicardie se prelungește mult timp, tensiunea arterială poate să scadă și să se instaleze colapsul sau insuficiența cardiacă. Această tahicardie paroxistică poate fi întîlnită nu numai la bolnavii de inimă, ci și la persoane sănătoase, fiind provocată de: stări nervoase, infecții de focar, efort, abuz de tutun, hipertiroidism. Unele tahicardii cedează la anumite manevre pe care le poate face chiar bolnavul (își ține forțat respirația după o inspirație profundă) sau la calmante; alteori este nevoie de digitală sau chinidină, care se administrează numai cu avizul medicului.

tartru dentar, prezența unui sediment („piatră") care se depozitează la foarte mulți oameni în special pe dinții frontali interiori; se datorează mai ales precipitării sărurilor de calciu din salivă, sub influența acidității mediului bucal. Tartrul, depunîndu-se și sub marginea gingivală, devine un factor dăunător, producînd gingivite, parodontite marginale. Acestea, dacă nu se tratează la timp, vor duce la parodontoze, cu efect de mobilizare a dinților. Credința că tartrul ar „întări" dinții, constituind ca un depozit de ciment în jurul acestora, este greșită.

Dimpotrivă, tartrul este dăunător şi trebuie îndepărtat. Detartrajul trebuie făcut de 1—2 ori pe an şi trebuie să fie urmat de un badijonaj cu medicamente hemostatice, cauterizante (apă oxigenată, clorură de zinc). Instrumentarul special afectat acestei operaţii trebuie să fie bine ascuţit. Detartrajul se face pentru toţi dinţii în circa 3 şedinţe. El este indicat şi înaintea începerii oricărui tratament protetic. Tartrul se mai depozitează şi în cazul în care bolnavul, din cauza unor carii dureroase sau a unei ocluzii greşite, nu poate mînca pe o anumită hemiarcadă. Igiena bucală presupune neapărat şi îndepărtarea tartrului dentar.

Techirghiol, localitate situată pe malul de vest al lacului cu acelaşi nume, în imediata apropiere a staţiunii Eforie (3 km). Reputaţia localităţii se datorează posibilităţii folosirii calităţilor curative ale apei şi nămolului lacului, în care scop există stabilimente balneare pentru proceduri calde — băi de apă din lac, împachetări de nămol — precum şi un modern stabiliment pentru băi reci, unde se fac ungeri cu nămol şi helioterapie. Pentru cei care vor să facă helioterapie marină există numeroase posibilităţi de transport care duc la plajele de la Eforie.

tehnica securităţii, ansamblul măsurilor tehnice care se iau la locurile de muncă, în întreprinderile de orice fel din ţara noastră, în vederea prevenirii îmbolnăvirilor profesionale şi a accidentelor de muncă. Aceste măsuri sînt stabilite prin norme republicane de tehnica securităţii (N.T.S.), elaborate pe ramuri industriale, a căror aplicare este obligatorie, ele stînd la baza normelor de tehnica securităţii adaptate la condiţiile specifice locale. Aceste norme trebuie cunoscute de toţi muncitorii şi se însuşesc prin instructajele de tehnica securităţii, care se predau de ingineri şi maiştri la angajare, la schimbarea locului de muncă şi periodic la locul de muncă. De asemenea, în întreprinderi este organizată propaganda tehnicii securităţii prin afişe sugestive, instrucţiuni afişate la maşini, sfaturi prin staţia de radioamplificare, conferinţe etc. La proiectarea, construcţia şi reconstrucţia uzinelor, fabricilor sau atelierelor, în introducerea unor procese tehnologice noi, se are totdeauna în vedere şi aplicarea normelor de tehnica securităţii. Institutele de igienă şi protecţia muncii din ţara noastră desfăşoară o susţinută activitate ştiinţifică în domeniul tehnicii securităţii, elaborînd dispozitive noi şi perfecţionate, adaptate la instalaţiile automate care dobîndesc o tot mai largă extindere în toate ramurile economiei naţionale. Controlul asupra respectării normelor de tehnica securităţii se exercită de inspecţiile de stat pentru igienă şi protecţia muncii.

Telesfor, medic legendar, onorat în cetăţile greceşti, îndeosebi la Pergam, ca protector al convalescenţilor. Era reprezentat ca un tînăr îmbrăcat într-o manta cu glugă şi care însoţeşte pe Asclepios şi Higia.

tenesme, semn aproape constant în dizenterie, bolnavul are senzaţia imperioasă de a avea scaun, fără însă a scoate nimic. Această senzaţie este însoţită de dureri abdominale şi arsuri la nivelul rectului.

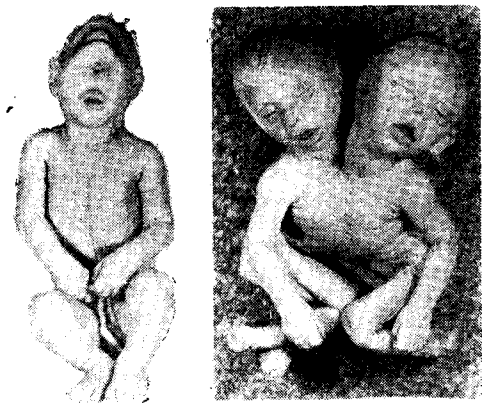
teniază, afecţiune provocată de diferite specii de viermi parazitari (helminţi) în formă de panglică (tenii). La om se deosebesc două varietăţi: teniaza provocată de *Taenia saginata* şi teniază provocată de *Taenia solium.* În U.R.S.S., *Taenia saginata* se întîlneşte în special în Transcaucazia, Asia Centrală, ţinutul Altai, R.S.S.A. Iakută şi Buriată, regiunea Irkutsk. Cazuri izolate ale acestei boli se întîlnesc pretutindeni. Teniaza are o răspîndire geografică foarte largă, însă date statistice exacte lipsesc. *Taenia saginata* şi *Taenia solium* sînt helminţi mari în formă de panglică, prima ajungînd la o lungime de 4—6 m, iar a doua la 1,5—2 m. Corpul lor este compus din segmente separate (proglote), din care, cele posterioare au uterul umplut cu ouă. La capătul anterior al viermelui se află capul, numit scolex, prevăzut cu patru ventuze musculare, iar la *Taenia solium,* capul mai are şi o coroană de mici cîrlige în vîrf. Teniile paraziteză în intestinul subţire al omului, fixîndu-se bine, cu ajutorul ventuzelor, de mucoasa peretelui intestinal. Proglotele mature care conţin uterul cu ouă se detaşează de corp şi se elimină; segmentele de *Taenia saginata* au mişcări proprii datorită cărora pot fi eliminate în mod activ ca atare din anus, iar segmentele de *Taenia solium* se elimină numai împreună cu materiile fecale. Dezvoltarea ulterioară a ouălor este posibilă numai în cazul în care ele ajung în organismul animalelor care servesc ca gazde intermediare ale teniei. Gazdele intermediare pentru *Taenia saginata* sînt vitele cornute mari iar pentru *Taenia solium,* porcul, mistreţul şi omul. După ingerarea ouălor de către gazda intermediară, embrionul aflat în ou se eliberează de înveliş, pătrunde în circulaţie, fiind transportat de aceasta în muşchi, unde se transformă într-o larvă, cisticerc. Dezvoltarea cisticercilor pînă la faza de helminţi adulţi durează 3—3,5 luni şi are loc în intestinul omului, care a consumat carnea de vită sau de porc ce conţinea larve de tenie (carne parazitată cu cisticerci denumită şi carne măzărată). Teniile adulte trăiesc în intestinul omului mai mulţi ani. Efectul teniilor asupra organismului omenesc constă în iritarea ganglionilor nervoşi aflaţi în peretele intestinului şi în special în absorbirea substanţelor nutritive din intestin, care se face prin îmbibarea întregii suprafeţe a corpului viermelui cu substanţele alimentare aflate în intestin. Bolnavii de tenie se plîng de pierderea poftei de mîncare, greaţă, mai rar de vărsături, salivaţie abundentă, slăbiciune generală, dureri de cap, ameţeli. Adesea, unicul simptom al îmbolnăvirii este eliminarea segmentelor, ceea ce se constată îndeosebi în *Taenia saginata* întrucît segmentele de *Taenia saginata* se pot tîrî de-a lungul intestinelor. Complicaţiile (ocluzia intes-

tinală, precum şi pătrunderea segmentelor în apendice) se constată foarte rar. De regulă, boala are un sfîrşit favorabil, dar în lipsa tratamentului poate dura foarte multă vreme. Diagnosticul se pune prin descoperirea segmentelor în materiile fecale. *Taenia solium* este mai periculoasă decît *Taenia saginata*, avînd însuşirea de a parazita la om nu numai în formă de indivizi maturi, ci şi în formă de larve — cisticerci. Poate provoca boala cunoscută sub denumirea de cisticercoză. Mai frecvent, cisticercii parazitează în creier şi în ochi, însă se pot întîlni şi în muşchi cît şi în alte organe şi ţesuturi. Simptomele bolii depind de localizare. Deseori, cisticercoza cerebrală duce la moartea bolnavului, în special în cazul contaminării multiple. Cisticercoza oculară poate provoca pierderea vederii. *Tratamentul* este cel mai adesea chirurgical. Tratamentul teniazelor se realizează cu diferite preparate, printre care extractul din rizomul de ferigă, acrichina, seminţele de dovleac, fiecare luat în parte sau în combinaţie cu altele. În ajun şi în ziua tratamentului, bolnavul trebuie să ţină regim (alimentaţie semilichidă uşoară, fără grăsimi), iar intestinul să fie complet golit, în care scop în ajunul tratamentului seara se ia o sare purgativă, iar în ziua tratamentului, dimineaţa, se administrează o clismă. Tratamentul se realizează sub supravegherea medicului sau a felcerului. *Profilaxia* teniazei se împarte în *generală* şi *individuală*. Dat fiind că unica sursă de propagare a teniazei este omul contaminat care răspîndeşte în mediul extern ouăle şi proglotele teniilor, unul din mijloacele principale ale profilaxiei generale constă în depistarea şi tratarea tuturor celor contaminaţi. Această măsură trebuie să fie aplicată în primul rînd printre ciobani, mulgători, îngrijitori de viţei şi porci. Avînd în vedere că de obicei contaminarea animalelor are loc la ingerarea proglotelor împreună cu iarba, fînul sau apa, precum şi la înghiţirea materiilor fecale umane, o mare importanţă o are protecţia mediului extern împotriva poluării cu fecalele umane. Un rol important în prevenirea propagării teniaze îl are şi întreţinerea în bune condiţii a vitelor şi controlul sanitar veterinar al sacrificării. Profilaxia individuală constă în consumarea numai a cărnii controlate (trecută prin control veterinar) şi într-o prelucrare culinară minuţioasă a produselor de carne. Se consideră că larvele de *Taenia saginata* şi *Taenia solium* au fost distruse din carne în cazul cînd după fierbere, aceasta capătă în secţiune culoarea cenuşie (carne de vită) sau albă (carne de porc), iar sucul care se scurge din ea nu conţine sînge.

Theohari Anibal (1873—1933), clinician şi terapeut romîn. A fost profesor de patologie internă la Iaşi şi apoi de clinică terapeutică la Bucureşti. Lucrarea sa de bază este tratatul de terapeutică, în care expune metodele de tratament în funcţie de datele de fiziopatologie. Cercetările efectuate în cadrul Institutului de balneologie, fondat de el în 1924, au avut un rol hotărîtor în valorificarea şi utilizarea raţională a apelor noastre minerale.

Anibal Theohari

teratom, tumoare care poate proveni din diferite ţesuturi, derivate din muguri embrionari anormal evoluaţi. Cele mai frecvente sînt teratoamele testiculului şi ovarului. Sînt formate din fragmente de ţesut intestinal, păr, dinţi, ţesut nervos etc. Sînt benigne, dar se pot



Monstruozităţi datorite unor tulburări în dezvoltarea intrauterină. Stînga — ciclopie (Ciclopul, personaj mitologic, avea un singur ochi); dreapta-gemeni toracopagi (lipiţi la nivelul toracelui).

maligniza. Beneficiază de tratamentul chirurgical care se impune o dată ce s-a pus diagnosticul de tumoare. *Teratologia* se ocupă cu studiul diferitelor monstruozităţi datorite unor anomalii de dezvoltare intrauterină.

termoreglare, totalitatea mijloacelor prin care se menţine constantă temperatura organismului. Există animale la care temperatura corpului se modifică după temperatura mediului ambiant, ca de exemplu la peşti, batracieni. Aceste animale se numesc *poikiloterme.* Păsările şi mamiferele îşi menţin însă temperatura neschimbată, cu variaţii mici. Aceste animale se numesc *homeoterme.* Omul este o fiinţă homeotermă, cu o temperatură medie de 37°. Menţinerea acestei temperaturi este un rezultat al echilibrului dintre două procese diferite: 1) producerea de căldură sau *termogeneza*; 2) eliminarea de căldură sau *termoliza.* Ambele procese sînt modificate în plus sau în minus de centrul termoreglator, situat în nucleii cenuşii de la baza creierului, în funcţie de starea sănătăţii organismului şi în funcţie de condiţiile de mediu. La organismul sănătos, creşterea temperaturii ambiante duce la scăderea termogenezei şi la creşterea termolizei. Invers, scăderea temperaturii ambiante are ca efect o termogeneză crescută şi o termoliză scăzută. La organismul bolnav, cu febră mare, creşte termoliza, termogeneza fiind crescută din pricina bolii. În stări de slăbire mare, inaniţie, scade termoliza, termogeneza fiind deja scăzută prin boală. Termogeneza are loc în tot organismul, dar mai cu seamă în organele cu o activitate intensă, cum sînt ficatul şi muşchii. Ea se produce prin consumul alimentelor, dintre care lipidele au rolul cel mai important (1 g lipide produce prin ardere completă 7—9 calorii; 1 g glucide sau 1 g protide produce cam 4—5 calorii). Acest proces este stimulat mai cu seamă de nervii simpatici şi glanda tiroidă. Termoliza se produce datorită eliminării de căldură prin piele, urină, materii fecale şi vapori de apă din aerul expirat. Organul cel mai important de termoliză este pielea, care are o suprafaţă foarte mare (vezi piele). Căldura se pierde aici, fie prin contact (punem mîna pe un obiect rece pe care îl încălzim), fie prin evaporarea sudorii (evaporarea este o reacţie endotermică, adică necesită pentru producerea ei o cantitate de căldură pe care o ia din căldura pielii), fie prin iradiere de căldură (întocmai ca o sobă care iradiază căldură în jur). Cantitatea de căldură eliminată prin piele variază cu cantitatea de sînge care irigă pielea. De aceea, vasoconstricţia produsă de sistemul nervos simpatic sau de hormonul glandei medulare suprarenale scade termoliza prin irigaţia mică a pielii. Sistemul nervos parasimpatic are o acţiune inversă. Creşterea secreţiei sudorale creşte termoliza şi invers. Termoliza mai poate fi crescută de poliurie (eliminarea unei cantităţi mari de urină) şi polipnee (creşterea frecvenţei respiratorii).

termoterapie, utilizarea în scop curativ a diferitelor mijloace prin care acţionează asupra organismului căldura; se folosesc în acest scop substanţe şi medii fizice, care transmit bine căldura corpului şi o reţin timp îndelungat: nămoluri de turbă, sapropelice ş.a. (vezi nămoluri), argilă, nisip (vezi băi de nisip), parafină, ozocherita (vezi ozocherită). Procedurile termice curative includ de asemenea *băi* de apă, fierbinţi, locale şi generale, aer încălzit (vezi băi cu aer uscat), duşuri de abur, la care jetul de abur supraîncălzit este dirijat asupra porţiunii respective a corpului. Pentru termoterapie se folosesc de asemenea razele solare, diferite tipuri de lămpi incandescente cu reflectoare pentru băi de lumină generale şi locale, lămpi pentru raze infraroşii, reflectoare cu electrozi de cărbune (vezi fototerapie), curenţi sau cîmp de înaltă frecvenţă (vezi diatermie, unde ultrascurte). Dintre procedurile termice locale fac parte *termofoarele, prişniţele, compresele* obişnuite. În ce priveşte efectul termic, reacţiile se manifestă deosebit de intens pe locul de acţiune termică şi în zona de ramificaţie a nervilor respectivi. Efectul general al termoterapiei şi reacţiile organelor interne din apropiere se manifestă datorită iritaţiei terminaţiilor nervoase ale pielii. Tratamentul termic se aplică în afecţiuni ale sistemului nervos, aparatului locomotor etc. El nu se va indica în afecţiunile acute, forme active de tuberculoză, neoformaţiuni maligne, tendinţă spre hemoragii, afecţiunile sistemului cardiovascular.

test cutanat, metodă prin care se cercetează sensibilitatea pielii la diferiţi microbi sau produse chimice bănuite a fi cauza unei îmbolnăviri a persoanei respective. Substanţa care urmează să fie testată este dizolvată într-un lichid şi apoi pusă în contact cu pielea în moduri diferite. Astfel, în testele epicutanate se îmbibă o fîşie de tifon care se depune pe pielea intactă; în testele percutanate, înainte de aplicarea substanţei cercetate, pielea este uşor zgîriată; în testele intradermice, substanţa este introdusă cu ajutorul unei injecţii în derm. Un test pozitiv se caracterizează prin apariţia unei pete roşii, mai mult sau mai puţin infiltrate, la locul cercetat şi dă indicaţia că într-adevăr persoana în cauză este sensibilă la produsul încercat. În cazul unui rezultat negativ, după 24 de ore de la practicarea testului nu apare nici un fel de reacţie.

testosteron — hormon produs de testicul.

tetanie, boală întîlnită mai ales la sugar şi copilul mic, caracterizată prin creşterea excitabilităţii sistemului nervos, în urma scăderii concentraţiei ionilor de calciu din sînge. Cea mai frecventă cauză de tetanie la sugar şi copilul mic este rahitismul (tetania rahitogenă), în faza de vindecare a rahitismului, mai ales primăvara, poate avea loc o scădere temporară a ionilor de calciu din sînge (prin fixarea lor în oase), ceea ce creează condiţiile umorale ale tetaniei. Tetania sugarului

poate să rămînă latentă (spasmofilia) sau poate deveni manifestă. În acest caz, semnele bolii pot fi: a) crize de convulsii (contracții ale mușchilor corpului, însoțite de pierderea cunoștinței, care nu pot fi deosebite de crizele de epilepsie); b) laringospasm (spasmul musculaturii laringelui, urmat de asfixie); c) bronhotetanie (spasmul musculaturii bronhiilor, care poate simula un astm); d) spasmul carpopedal (contractură de lungă durată a mîinilor și picioarelor). Prevenirea bolii se face prin administrarea sărurilor de calciu (clorocalcin) în perioada de vindecare a rahitismului, concomitent cu vitamina D_2. Tratamentul tetaniei rahitogene se face prin administrarea de calciu (clorocalcin, gluconat de calciu, în doze de 1–2 g pe zi), apoi vitamină D_2 în doză de șoc (600 000 unități în 3 zile). În caz de convulsii se administrează calmante (fenobarbital). Uneori, în caz de laringospasm prelungit, poate fi necesară intubația laringelui.

tetanos, boală acută infecțioasă produsă de toxina bacilului tetanic, caracterizată prin contracturi puternice ale musculaturii corpului. Bacilul tetanic se găsește ca saprofit în intestinul erbivorelor, de unde este eliminat pe sol prin materiile fecale. Pe sol, bacilii tetanici produc spori (forme de viață care rezistă timp îndelungat în condiții neprielnice). Sporii pătrund în organismul omului de obicei printr-o plagă murdărită cu pămînt. În special în mediul rural, pămîntul conține spori de bacili tetanici. Dacă în plagă sînt condiții prielnice de dezvoltare (adică anaerobioză, deoarece bacilul tetanic se dezvoltă numai în lipsa aerului), sporii dau naștere la bacili tetanici care apoi se înmulțesc. Condiții bune de anaerobioză se găsesc în plăgile profunde, cu țesuturi mortificate, anfractuoase, cu infecții secundare cu alți microbi. Într-o astfel de plagă, bacilii tetaniei se înmulțesc, dar ei rămîn la nivelul plăgii (poarta de intrare); aici, ei produc o substanță toxică (otravă), numită toxina tetanică, care se răspîndește în tot organismul și se fixează pe sistemul nervos central, producînd toate simptomele bolii. Incubația este în medie de 7—14 zile. Primul semn de boală este trismusul, adică contractura (înțepenirea) mușchilor masticatori: bolnavul nu mai poate deschide gura sau o deschide foarte puțin, nu mai poate mesteca și are greutate la înghițit. În zilele următoare, contractura se întinde și la ceilalți mușchi, se generalizează. Timpul de generalizare a contracturii poate fi de cîteva ore, la cazurile grave, sau de cîteva zile la cazurile obișnuite. De obicei, cei mai contractați sînt mușchii cefii și ai spatelui (mușchii șanțurilor vertebrale), ceea ce face ca bolnavul să aibă în pat o poziție specială, numită opistotonus, adică se sprijină în cap și călcîie, corpul făcînd un ușor arc deschis în jos. Din cauza contracturii diafragmului și a celorlalți mușchi respiratori, bolnavul are greutate în respirație, greutate accentuată uneori și de faptul că secrețiile produse pe trahee și bronhii nu pot fi expectorate, astupînd în parte căile respiratorii. În afară de această contractură continuă (numită contractură tonică), bolnavul mai are foarte des contracturi paroxistice: din cînd în cînd, în formele grave, la intervale foarte scurte, bolnavii au contracturi bruște și foarte puternice ale întregii musculaturi. Acestea durează cîteva secunde, uneori chiar cîteva minute. În cursul unei astfel de crize paroxistice, bolnavul nu poate respira de loc, deoarece toți mușchii respiratori sînt contractați la maximum. Bolnavul poate astfel muri prin asfixie în cursul unei contracturi care durează cîteva minute. Tetanosul este o boală gravă, care dă o mortalitate de aproximativ 50% chiar la cazurile tratate. În formele care se vindecă, boala durează de obicei 3—4 săptămîni, contractura scăzînd treptat. Boala nu este contagioasă, de la om la om. Calea de transmitere a bolii este pămîntul, care conține spori de tetanos. Poarta de intrare este de obicei o plagă accidentală murdărită cu pămînt, dar poate fi și uterul cu ocazia unei nașteri asistată de o persoană necalificată, în condiții neigienice, sau cu ocazia unei tentative de avort criminal, cînd se introduc în uter diferite obiecte murdare (fus, coadă de mușcată etc.). Tetanosul uterin este foarte grav, aproape totdeauna mortal. O altă poartă de intrare care produce la fel un tetanos foarte grav, mortal aproape totdeauna, este cordonul ombilical al nou-născutului. Tetanosul nou-născutului se produce, de asemenea, cînd nașterea a fost făcută în condiții neigienice, în afară de maternități sau case de naștere, cu asistența unei persoane necalificate, mai ales cînd se pune bălegar sau țărînă pe cordonul ombilical. *Tratament*: ser antitetanic injectat cît mai repede de începutul bolii. Acesta neutralizează toxina tetanică din sîngele bolnavului. Se administrează și medicamente sedative care micșorează contracturile. Penicilina acționează asupra bacililor tetanici. Este obligatoriu și tratamentul chirurgical al plăgii: îndepărtarea corpilor străini, a țesuturilor mortificate, curățirea plăgii pînă la țesut sănătos, introducerea de apă oxigenată în plagă. Plaga nu trebuie suturată (cusută). Îngrijirea bolnavului se face în spital în camere ferite de zgomot, în semiîntuneric, lumina și zgomotele agravînd contracturile. Alimentația se face cu grijă și numai cu alimente lichide (lapte, supă, ceai), deoarece bolnavul are greutate la înghițit și se poate asfixia cu un aliment solid pătruns pe trahee. În unele cazuri grave este necesară traheotomia pentru îndepărtarea secrețiilor care astupă căile respiratorii. Tetanosul face parte din grupa A, adică este de declarare și internare obligatorii în spitalul de boli contagioase. Vaccinarea antitetanică a populației este mijlocul cel mai eficace pentru profilaxia acestei boli. Vaccinarea se face prin trei injecții de anatoxină tetanică la 20—30 de zile interval. În R.P.R., vaccinarea antitetanică este obligatorie în special în mediul agricol.

Evitarea avorturilor criminale, ca şi evitarea naşterilor în afara maternităţilor şi caselor de naştere, sînt măsuri pentru profilaxia tetanosului uterin şi a nou-născutului. *Profilaxia* tetanosului în cazul unei plăgi: la o plagă curată nemurdărită cu pămînt sau praf, mai ales în mediul urban, se fac toaleta chirurgicală a plăgii şi pansament steril; în caz de plagă murdărită cu pămînt, mai ales în mediul rural, se face cu grijă o toaletă chirurgicală corectă, se îndepărtează ţesuturile mortificate, corpii străini, se spală plaga cu apă oxigenată, se pansează steril fără a se face sutura, se administrează penicilină şi ser antitetanic la persoanele nevaccinate; la persoanele sigur vaccinate, în loc de ser antitetanic se face numai anatoxină tetanică.

tetracicline — vezi antibiotic.

tic, mişcare involuntară localizată, care se aseamănă cu o mişcare normală, dar care se repetă permanent, de exemplu ticul clipitului, al înghiţirii în sec, al contracţiei pielosului (muşchii de la nivelul gîtului în cazul unui guler strîns). El poate avea fie o cauză nevrotică (emoţii), fie o cauză organică (encefalită). *Tratamentul* este de durată şi urmăreşte să dezobişnuiască prin reeducare pe bolnav de acest obicei.

tifoidă (febră) boală acută infecţioasă şi contagioasă a omului (sinonim lingoare) caracterizată prin febră, stare generală alterată, mărirea splinei şi leziuni caracteristice intestinale (ulceraţii pe intestinul subţire). Boala este produsă de un microb, bacilul tific, care face parte din grupul numit *Salmonelle*. Rezervorul de germen este format de bolnavi şi de purtători sănătoşi sau convalescenţi de bacili tifici. Poarta de eliminare a bacililor tifici din organism este tubul digestiv: ei se elimină în mediul extern o dată cu materiile fecale. Poarta de intrare a bacililor tifici în organism este tot tubul digestiv: ei pătrund o dată cu alimentele şi apa contaminate cu germeni. Calea de transmitere de la poarta de eliminare a germenilor şi pînă la poarta de intrare este indirectă: germenii sînt vehiculaţi de alimente sau apă. Contaminarea alimentelor sau a apei se face în diferite feluri: fie prin manipularea cu mîini murdare, nespălate, a alimentelor de către un purtător de tific, fie prin instalaţii defectuoase în care se infiltrează apa contaminată din reţeaua care transportă dejectele, fie, la ţară, prin construcţii neigienice de closete din care se infiltrează germenii în fîntîni. Febra tifoidă este o boală digestivă. Incubaţia este în medie de 14 zile. Debutul este de obicei mai lent, cu febră mică, dar care se urcă treptat. După 5—7 zile, febra se urcă la 39—40° şi rămîne astfel ridicată timp de 10—14 zile, uneori chiar mai mult. În acest timp, bolnavul este foarte obosit, zace la pat, fără a fi capabil de nici un efort, nu are deloc poftă de mîncare, adesea are diaree, dureri abdominale. În forme mai grave, bolnavii au stare tifică: stare de somnolenţă accentuată, oboseală mare, tradusă prin faptul că bolnavii nu fac aproape nici o mişcare în pat. După 8—10 zile de boală apar pe pielea abdomenului cîteva pete roşii, numite pete lenticulare, cu diametrul de cîţiva mm. Splina bolnavului este totdeauna mărită. După această perioadă de stare, febra începe să scadă treptat şi cam în 7 zile ajunge la normal. Urmează apoi perioada de convalescenţă, în care bolnavul îşi revine treptat, în 3—4—5 săptămîni, la starea normală. Complicaţiile mai importante pe care le poate face bolnavul sînt: hemoragia intestinală şi perforaţia intestinală. Hemoragia intestinală se produce atunci cînd ulceraţiile din intestin duc la ruperea unei mici artere intestinale. Bolnavii cu hemoragie intestinală au ca simptom principal melena (scaun format din materii fecale moi şi negre ca păcura). Pulsul este accelerat, iar tensiunea arterială este scăzută, mai ales cînd cantitatea de sînge pierdută este mai mare. Perforaţia intestinală se produce atunci cînd ulceraţiile intestinale au erodat nu numai mucoasa şi musculatura intestinului subţire, dar au deschis şi peritoneul, care acoperă intestinul, producînd astfel un mic orificiu, prin care conţinutul intestinal pătrunde în cavitatea peritoneală. Simptomele perforaţiei sînt grave şi violente: bolnavii au o durere puternică abdominală; la examenul medical, musculatura peretelui abdominal este contractată (abdomen de lemn) şi foarte dureroasă; bolnavii sînt în stare de şoc (puls accelerat şi foarte slab bătut, tensiunea arterială scăzută sau chiar colaps vascular, paliditate accentuată. Uneori, în formele grave cu stare tifică accentuată, perforaţia se poate produce fără ca bolnavul să aibă durere. O altă complicaţie relativ mai frecventă este recăderea, adică revenirea febrei şi a celorlalte simptome de boală în convalescenţă. Cei mai des, recăderile apar cam în a 10-a zi de afebrilitate. Recăderea se tratează la fel ca şi febra tifoidă. *Tratamentul* febrei tifoide se face prin repaus absolut la pat, regim alimentar bazat mai ales pe lapte, iaurt, brînză de vaci, făinoase, carne slabă fiartă sau friptă (în convalescenţă), supe. Ca tratament etiologic se utilizează cloramfenicolul, antibiotic cu acţiune foarte bună împotriva bacilului tific. Sub influenţa antibioticului, febra scade în 3—5 zile, o dată cu ameliorarea celorlalte simptome. Hemoragia intestinală se tratează cu transfuzii de sînge. Perforaţia intestinală se tratează totdeauna chirurgical de urgenţă: bolnavii sînt operaţi (se extirpă o bucată de intestin unde este perforaţia sau se exteriorizează ansa intestinală perforată). *Diagnosticul* febrei tifoide se confirmă aproape totdeauna bacteriologic, adică prin punerea în evidenţă prin culturi a bacilului tific. În acest scop se fac bolnavului hemoculturi, coproculturi şi uneori şi biliculturi. Diagnosticul se mai poate confirma şi serologic, adică prin căutarea şi găsirea în serul sanguin al bolnavului a anticorpilor

față de bacilul tific (reacția Widal). Febra tifoidă face parte din grupa A, deci este de declarare și internare obligatorii în spitalul de boli contagioase. Bolnavul părăsește spitalul după 21 de zile, fără febră, în care timp i se fac și 3 coproculturi pentru bacilul tific, spre a se vedea dacă a rămas sau nu purtător de microbi. *Profilaxia* se face prin depistarea și internarea cît mai repede a bolnavilor de febră tifoidă, prin depistarea purtătorilor sănătoși de bacili tifici mai ales din sectorul alimentar. De asemenea, măsurile împotriva căilor de transmitere sînt foarte importante: construirea de closete igienice, distrugerea muștelor, spălarea înainte de consum a fructelor, zarzavaturilor, spălarea mîinilor cu săpun înainte de a manipula alimentele.

tifos exantematic, boală infecțioasă acută din grupa rickettsiozelor, care se caracterizează prin stare generală gravă și erupție tegumentară. Cunoscut încă din antichitate, este destul de răspîndit pînă în prezent. Agentul patogen al tifosului exantematic este un microorganism special — *Rickettsia Provatzeki* (după numele savantului american Ricketts și a savantului austriac Provatzek, care au identificat microorganismul), avînd dimensiunile 0,3—0,6 microni și capabil să se înmulțească numai în celulele omului. De tifos exantematic se îmbolnăvește numai omul. Transmiterea infecției de la omul bolnav la cel sănătos se realizează prin păduchi, care sînt receptivi la această boală. În organismul păduchelui (în special de haine), care a supt sînge de la un bolnav de tifos exantematic, rickettsia se înmulțește și peste 4—5 zile se elimină în cantități colosale cu excrementele păduchelui. Trecînd la un om sănătos, păduchele provoacă mîncărimi prin mușcăturile sale; scărpinînd locurile mușcate, omul introduce prin pielea zgîriată excrementele infectate ale păduchelui sau conținutul păduchelui strivit. În cazuri rare este posibilă și îmbolnăvirea datorită pătrunderii materialului infecțios prin mucoasa ochilor sau a organelor de respirație. Rickettsia tifosului exantematic nu se transmite de la păduchele bolnav la cel sănătos. Condiția obligatorie pentru apariția tifosului exantematic este prezența păduchilor în mijlocul populației. De aceea, răspîndirea tifosului exantematic și epidemiile sînt legate totdeauna de calamități sociale (război, foamete, refugiu) sau de cultura scăzută a populației. Incubația este de 10—12 zile. Debutul este însoțit de fenomene de febră (ridicarea rapidă a temperaturii pînă la 38,5—39° și mai mult, dureri puternice de cap, insomnii, înroșirea feței). După 4—6 zile de la începutul bolii, pe pielea bolnavului apare o erupție măruntă, care se menține cîteva zile. În această perioadă, starea bolnavului este gravă: respirația accelerată, limba încărcată, presiunea sanguină scăzută (este posibilă pierderea cunoștinței), delir, tulburarea înghițirii și altele. În cazul evoluției favorabile, febra scade după 10—12 zile și atunci începe însănătoșirea care evoluează lent din cauza afectărilor grave ale sistemului nervos și cardio-vascular. Deseori, tifosul exantematic lasă complicații: scăderea activității cardio-vasculare din cauza miocarditei acute, pneumonie, inflamația parotidei, tromboflebită, meningită și encefalită. În ultimii ani, tifosul exantematic evoluează slab într-o formă ușoară. Evoluția ușoară a tifosului exantematic se observă, de asemenea, în cazurile rare de îmbolnăvire repetată, precum și la copii. Această boală lasă imunitate puternică. Ieșirea bolnavilor din spital se admite numai peste 12 zile de la scăderea temperaturii. În timpul tratamentului, pe lîngă buna îngrijire, menținerea activității cardiace, administrarea serului fiziologic și altele, se folosesc cu succes anumite antibiotice. *Profilaxia* tifosului exantematic constă în lichidarea păduchilor prin: igienă individuală, exploatarea corectă a băilor și spălătoriilor, controlul sanitar al locurilor aglomerate, supravegherea sanitară a muncitorilor sezonieri, asigurarea lor cu lenjerie și săpun. Largă răspîndire a primit folosirea preparatelor antiparazitare remanente de tip DDT.

timbru sec, formulare (rețete) cu timbru imprimat, pe care se prescriu de către medic anumite medicamente foarte toxice. Denumirea, numărul, ca și doza maximă ce se poate elibera bolnavului (indiferent de cantitatea pe care o cere medicul) sînt stabilite prin legislația în vigoare. *Exemple de substanțe ce se prescriu pe rețete cu timbru sec*: morfină, stricnină, fosfor, oxicianură de mercur, sublimat, pantopon. Aceste rețete sînt reținute la farmacie, pentru justificarea consumului și pentru o evidență centralizată.

timp de coagulare, timpul care se scurge de la extragerea sîngelui din organism, pînă la coagularea lui. Cu o tehnică anume executată, acest timp de coagulare este de 6—8 minute.

timp de sîngerare, intervalul dintre producerea unei sîngerări mici printr-o înțepătură făcută în pulpa degetului sau lobul urechii cu ajutorul unui instrument special (ac Francke) sau al unui ac de seringă și încetarea sîngerării. Normal este de 1—3 minute (vezi hemostază).

tincturi, soluții extractive alcoolice, hidroalcoolice sau eteroalcoolice, obținute din vegetale sau produse animale. Substanța medicamentoasă (drogul) este extrasă mai frecvent cu ajutorul alcoolului la temperatura de 10—20° (temperatura camerei). Tincturile sînt în general foarte concentrate în medicament, fiind prescrise în picături sau grame la o cantitate totală mai mare de soluție apoasă a mai multor droguri. Rareori, ele se administrează bolnavului ca atare, în care caz se iau în doză de 2—3 picături pe o bucată de zahăr (de exemplu, Tinctura Davilla). *Exemplu de tincturi care pot intra în formularea unui preparat farmaceutic*: tinctura de benzoe, tinctura de China, tinctura de Beladon. Tinctura de iod are această denumire pentru că este tot o so-

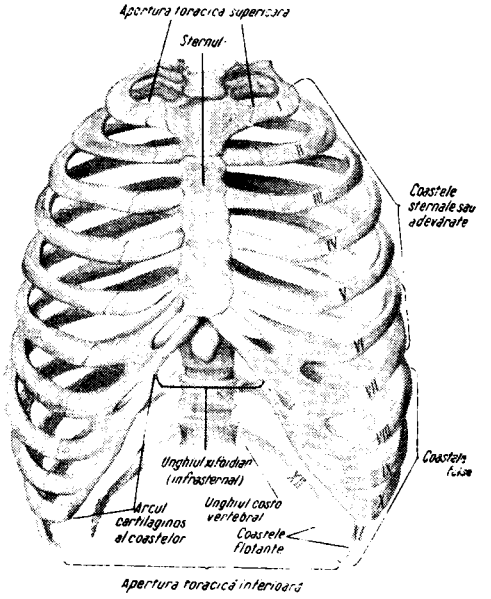
luție alcoolică (de iod iodurat), dar ea se obține prin dizolvarea metalului în alcool nu prin extragere.

tiroidă, glandă endocrină așezată sub osul hioid (mărul lui Adam), în partea anterioară și inferioară a gîtului. Cîntărind aproximativ 25 g la adult, tiroida este alcătuită din doi *lobi laterali* și o porțiune intermediară, numită *istm*, care prezintă uneori o *prelungire piramidală*. Glanda este înconjurată de o capsulă rezistentă și este bogat vascularizată. Hormonul secretat de tiroidă intervine în metabolismul iodului pe care îl fixează pentru producerea lui (tiroxină). Tiroxina influențează metabolismele accentuîndu-le, crescînd cantitatea de zahăr în sînge și favorizînd arderea glucidelor, lipidelor și proteinelor în organism. Prin aceste efecte, tiroida este o glandă catabolică. Hiperfuncția tiroidei duce la tulburări accentuate, slăbire (boala Basedow). Hipofuncția tiroidiană poate produce tulburări în creștere și boala numită *mixedem*. Tiroxina mai favorizează creșterea, se opune acțiuniii glandelor sexuale (ovar și testicul), are un ușor efect diuretic și stimulează măduva osoasă, favorizînd hematopoieza.

tomografie, metodă de radiografie prin care se obțin imagini la diferite adîncimi ale plămînului. Acest lucru se realizează tehnic prin aceea că filmul și tubul de raze se mișcă în sens invers, în jurul unui plan care este acela al secțiunii ce trebuie obținută în profunzimea plămînului. Tomografia se practică în cazurile în care nu se pot evidenția clar pe radiografia simplă aspectele unor formațiuni, din cauza suprapunerii de imagini.

tonicardiac, medicament care restabilește procesul normal al contracției mușchiului cardiac (miocardul) atunci cînd acesta nu poate transforma normal energia chimică în contracție mecanică, ca de exemplu în insuficiența cardiacă decompensată, unde mușchiul cardiac, fiind suprasolicitat mecanic, nu poate face față unui circuit sanguin normal, contracțiile lui devenind insuficiente. Tonicardiacele sînt de două tipuri, în funcție de rapiditatea lor de acțiune: unele cu acțiune rapidă (strofantina) și altele cu acțiune lentă (digitala din Digilan CIF, digitalină, *Folia Digitalis purpureea*). Primele se folosesc în urgențe, strofantina fiind injectată intravenos. După ce momentul critic a trecut, se trece la un tratament de întărire a miocardului cu preparate cu acțiune mai lentă din grupul al doilea. Dozele se stabilesc de medic, în funcție de gradul insuficienței cardiace și de starea generală a bolnavului, iar tratamentul se efectuează numai sub conducerea și supravegherea medicală, întrucît digitala poate da și efecte nedorite. Acestea sînt de obicei ușoare (greață, lipsa poftei de mîncare) și rareori mai grave (modificări de ritm ale contracției inimii), care nu pot fi recunoscute și tratate decît de specialist.

torace (cavitate toracică), porțiune cavitară a corpului cu pereți osoși și musculari, situată între gît și abdomen. Pereții toracelui corespund cuștii toracice formată de coloana vertebrală, coaste și stern (vezi schelet). În partea



Scheletul toracelui.

inferioară, mușchiul *diafragm* desparte cavitatea abdominală de cea toracică. Toracele conține principalele *organe respiratorii* (trahee, bronhii și plămîni), *inima* și *vasele mari*, care aduc sau conduc de la ea sîngele, *esofagul*, și o serie de *nervi importanți*. Scheletul osos al toracelui are un mare rol de sprijin pentru musculatura respiratorie (vezi respirație), precum și pentru musculatura abdominală și o parte din mușchii care acționează membrele superioare. În timpul respirației, diametrele toracelui se modifică, permițînd intrarea sau ieșirea aerului din plămîn. Față de alte regiuni ale organismului (cap, abdomen, membre), volumul toracelui crește de la naștere către vîrsta adultă mai mult de cît celelalte părți amintite (vezi creștere).

toracenteză, puncție pleurală efectuată în scop explorator sau terapeutic. Cu scopuri de investigație este punctionată cavitatea pleurală spre a se verifica prezența unui lichid, pentru stabilirea naturii acestuia și pentru pregătirea unei puncții evacuatoare. Lichidul aspirat poate fi limpede și transparent (transsudat), ca în edemele generalizate din bolile de inimă, sau serofibrinos (gălbui și lipicios) din care cauză se coagulează repede, ca în pleurezia serofibrinoasă (exsudat), hemoragic (pleurezie hemoragică), lăptos (pleurezie chiloasă) sau purulent (pleurezie purulentă). Lichidul, recoltat se trimite la laborator, pentru a deter-

mina natura lui, prezența bacilului Koch sau a altor germeni, a celulelor canceroase etc.

torticolis, localizare reumatismală la nivelul mușchilor gîtului, de o singură parte. Torticolisul se manifestă sub forma unor dureri vii, care contractă mușchii gîtului de o parte, imobilizînd capul. Cea mai mică încercare de mișcare deșteaptă această durere; la fel frigul umed, vremea noroasă. Masajul făcut cu blîndețe de-a lungul mușchilor care proemină sub piele, urmat de căldură locală, ajută la cedarea contracturii. Se mai folosesc tot în același scop aspirină, piramidon, antadol.

toxicoza sugarului, forma cea mai gravă (de la început sau în urma unui tratament incorect) de tulburare digestivă acută a sugarului, caracterizată prin semne foarte accentuate de dispepsie acută (vezi dispepsie), cu tulburarea gravă a întregului organism, pînă la pierderea cunoștinței (comă). Copilul se află într-o stare de intoxicație gravă: ochii sînt înfundați în orbite, cu cearcăne vinete, privirea este fixă, absentă, pleoapele se închid foarte rar, globii oculari își pierd luciul normal, se usucă și se ulcerează, respirația este accelerată (ca a unui cîine fugărit), degetele de la mîini și picioare sînt reci, deși copilul are febră mare și în cele din urmă survine o stare de somnolență care poate merge pînă la comă. In afara acestor semne există simptome de deshidratare acută (pierderea de apă și săruri), ca scăderea mare în greutate, deprimarea fontanelei mari, pierderea elasticității pielii, (care după ce este cutată numai revine la forma inițială și rămîne ca o cîrpă umedă) și scăderea cantității de urină. Gravitatea bolii se explică prin deshidratarea masivă, urmată de scăderea sîngelui circulant, care duce la încetinirea circulației, la scăderea aportului de oxigen (anoxie) și la semne de suferință din partea tuturor organelor (creier, ficat, rinichi, inimă). Prevenirea bolii se face prin măsurile enumerate la dispepsia acută la care se adaugă tratamentul corect și precoce al oricărei dispepsii pentru preîntîmpinarea agravării ei ulterioare. *Tratamentul* se face numai în staționarele de copii și constă, în linii mari, în aceleași măsuri indicate la dispepsia acută, cu deosebirea că realimentarea se face mai prudent, înlocuirea pierderilor hidrosaline pe calea injecțiilor (uneori chiar intravenoase) este absolut obligatorie, iar administrarea de antibiotice este mult mai intensă și prelungită. Mortalitatea bolii a scăzut de la 80% la cifre sub 10%, în urma progreselor terapeutice.

toxină, substanță cu efect toxic secretată în special de microorganisme, precum și de unele animale (veninul șerpilor, scorpionilor, păianjenilor și altele) și plante. În ce privește natura lor chimică, toxinele fac parte din categoria albuminelor. Ele se degradează (inactivează) la temperatură înaltă. După introducerea toxinelor în organismul animalului sau omului se formează antitoxine (vezi anticorp). Importanța cea mai mare o au toxinele secretate de diferite bacterii, care provoacă la om și animale așa-zisele boli toxiinfecțioase (tetanos, botulism, difterie, gangrenă gazoasă și altele). Toxinele secretate de microbi în mediul ambiant poartă denumirea de exotoxine (toxina bacilului difteric și a bacilului tetanic). Prin capacitatea microbilor de a secreta toxinele în exterior (de exemplu, la înmulțirea agentului patogen al difteriei în faringe) se explică cauza intoxicării întregului organism. Toxinele secretate numai după moartea și degradarea celulelor microbiene se numesc endotoxine. Fiecare toxină acționează asupra unor anumite țesuturi. Astfel, toxina botulismului alectează sistemul nervos și provoacă paralizii faringiene și ale ochilor, toxina diftерică provoacă degenerarea mușchiului cardiac, toxina tetanosului atacă celulele nervoase motorii. Introducînd în organismul animalelor (de pildă la cal) doze crescînde de toxină, se poate obține desensibilizarea animalului față de toxina respectivă, datorită acumulării în sînge a unei mari cantități de antitoxină. Serul obținut din sîngele unor astfel de animale poate neutraliza toxina respectivă. Astfel se obțin serul antidifteric, antibotulinic, precum și serurile care conțin antitoxinele unui anumit venin de șarpe. Cu aceste seruri se tratează bolnavii de difterie, botulism sau cei mușcați de șarpe. În unele cazuri (de exemplu în traumatisme), în timpul cărora în plagă poate pătrunde pămîntul care conține agentul patogen al tetanosului, în scop profilactic se administrează ser antitetanic, care conține antitoxine. Toxinele bacteriene, în cazul tratării lor combinate și speciale cu formalină și căldură își pierd toxicitatea și se folosesc ca preparate pentru vaccinare.

toxoid— vezi anatoxină.

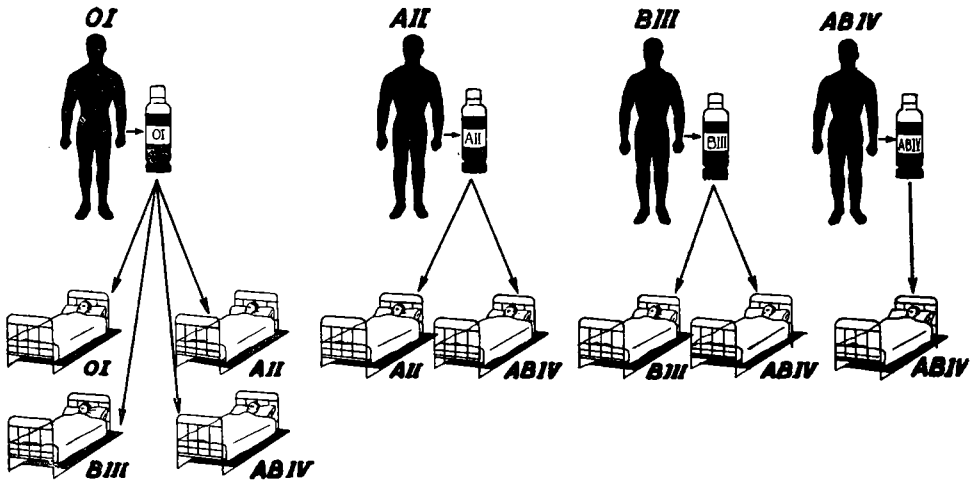
toxoplasmoză, boală parazitară acută sau cronică , congenitală sau dobîndită, produsă de un parazit unicelular (protozoar), numit *Toxoplasma Gondi*. Este o zoonoză, întrucît sursa de infecție o formează animalele (iepuri, cobai, păsări, porci, pisici, cîini). Omul se îmbolnăvește de la animalele domestice (pe cale respiratorie, digestivă, prin mușcătură). Este posibilă și transmiterea bolii de la om la om, toxoplasma eliminîndu-se la omul bolnav prin spută, urină, secreție conjunctivală. Copilul se poate îmbolnăvi în cursul vieții intrauterine (toxoplasmoza congenitală). În forma acută copilul prezintă semne de encefalită cu convulsii, paralizii, mărirea craniului, leziuni oculare (corioretinită). Radiologic se găsesc calcificări craniene. Lichidul cefalorahidian este modificat și conține toxoplasme. Este o boală gravă. În forma cronică, semnele pot fi tot de encefalită, ca mai sus, sau cu mărirea de volum a ganglionilor limfatici (formă mai ușoară). Alteori poate să apară erupție pe piele. La adulți, boala este dobîndită și se manifestă de obicei ca o boală acută febrilă, cu dureri mari de cap, dureri musculare, stare generală alterată, uneori cu erupții pe piele,

mărire de ganglioni limfatici, splină mărită, de multe ori cu semne de encefalită sau meningită. Toxoplasmoza are o evoluţie variabilă: la sugar în special, formele encefalitice sînt mortale, sau produc malformaţii importante sau tulburări psihomotorii mari. Diagnosticul se precizează în laborator prin punerea în evidenţă a parazitului direct în lichidul cefalorahidian în sînge sau în diferite alte produse sau prin inoculare la animal (şoarece). Se mai pot cerceta anticorpii din serul bolnavului. Pentru tratament nu s-a găsit încă o substanţă sigur eficace. S-au utilizat uneori cu succes atebrină, antimoniu, sulfone. Profilaxia se face prin depistarea cazurilor la animalele domestice şi sacrificarea lor, interzicerea consumului de lapte crud sau carne crudă.

traheită, inflamaţia mucoasei traheale. Rareori este o afecţiune izolată. De obicei se asociază cu inflamaţia altor segmente ale căilor respiratorii superioare (laringotraheită, traheobronşită). Cauzele cele mai frecvente sînt: gripa, tusea convulsivă, rujeola. Anotimpul răcoros şi umed favorizează apariţia traheitei. Traheita se manifestă prin tuse, expectoraţie mucoasă sau mucopurulentă în cantitate redusă şi care se elimină cu greutate. Un simptom caracteristic este durerea destul de vie simţită ca o arsură îndărătul sternului. Tratamentul constă în calmarea tusei, expectorante, medicamente antigripale, cataplasme cu muştar sau comprese calde pe partea superioară a toracelui. Pentru traheitele cu evoluţie obişnuită nu sînt necesare antibioticile. Aceste medicamente se administrează numai în forme severe, cu complicaţii şi numai cu avizul medicului.

tranchilizante (ataractice), medicamente cu acţiune de liniştire a psihicului, calmînd neliniştea, tulburarea psihicului (ataractice). Cele mai bune sînt acelea care, calmînd psihicul alterat al bolnavului, îi păstrează neatinsă cunoştinţa şi capacitatea intelectuală. Unele se obţin din vegetale, ca reserpina (care are efecte foarte bune şi în hipertensiunea arterială), dar majoritatea sînt obţinute pe cale sintetică, ceea ce are avantajul de a îndepărta unele efecte secundare nedorite; de exemplu: Nervatil CIF, Clorpromazină (Largactil), Meprobramat (Carbaxin CIF). Totuşi acţiunile lor sînt foarte complexe şi prea puţin clarificate, în plus dînd şi fenomene secundare, ca somnolenţă, lipsă de putere, uneori ameţeală, greţuri sau scăderea leucocitelor din sînge. De aceea nu se prescriu în tratamente de durată.

transfuzie de sînge, introducerea de sînge în sistemul circulator al unui bolnav. Prin multiplele sale acţiuni, transfuzia este cel mai eficace dintre mijloacele majore ale reanimării. Poate fi directă, adică de la donator la primitor şi indirectă, cu sînge conservat. Sîngele conservat se recoltează de la donatori în flacoane speciale de 100—300 g, în care se amestecă cu o soluţie de citrat de sodiu 10% pentru a se împiedica coagularea. Sîngele astfel recoltat se conservă la frigider la +4° şi este bun de transfuzat circa 14 zile. Înainte de transfuzie trebuie stabilită grupa sanguină a primitorului şi cunoscută grupa sanguină a sîngelui conservat. Calea de administrare obişnuită a sîngelui este cea venoasă; cu indicaţii speciale se mai poate administra intraarterial sau în măduva osoasă. Nepotrivirea de grupă sanguină între primitor şi donator determină accidente grave, chiar mortale: şoc hemolitic, insuficienţă renală acută. Scopul transfuziei: restabilirea masei sanguine în anemii acute prin hemoragie, şoc, arsuri; stimularea hematopoiezei prin excitarea funcţiei organelor hematopoetice prin vitaminele şi hormonii introduşi o dată cu sîngele transfuzat; scop hemostatic prin aportul de fibrinogen şi protrombină, elemente necesare coagulării sîngelui; stimularea reacţii-



Compatibilitatea între grupele de sînge.

lor antitoxice şi antiinfecţioase, mai ales cu sînge recoltat de la bolnavii în convalescenţă al căror sînge conţine anticorpi. În cazurile în care sîngele lipseşte, poate fi înlocuit cu substituenţi care nu prezintă aceeaşi eficacitate, dar în cazurile de mare necesitate, oferă

Se pregăteşte o transfuzie.

bolnavului posibilitatea să treacă de perioada critică, pînă la aducerea sîngelui (ser fiziologic, ser cu diferite săruri, soluţie glucozată, dextran, plasmă). Exsanguinotransfuzia constă în înlocuirea sîngelui unui bolnav cu un alt sînge recoltat de la mai mulţi oameni. Printr-o venă sau arteră se extrage sîngele bolnavului, sînge încărcat cu substanţe patologice, toxice sau de dezasimilaţie, iar printr-o altă venă se injectează în acelaşi timp şi în acelaşi ritm o cantitate egală de sînge. Pentru o exsanguinotransfuzie se folosesc 10—15 litri de sînge. Este indicată în şocul şi insuficienţa renală acută datorită incompatibilităţii de grupă sanguină în septicemii, intoxicaţii. Întrucît sîngele este un ţesut viu ce nu poate fi preparat în laborator şi nici nu poate fi înlocuit cu sînge de animale, singura sursă rămîne omul, donatorul voluntar. Mişcarea donatorilor voluntari de sînge are azi un caracter de masă în ţara noastră. Foarte mulţi oameni au înţeles că este o înaltă datorie să dai sînge pentru salvarea unui om. Este suficient să facem un simplu calcul: de la un donator se recoltează în medie 250 ml; pentru o exsanguinotransfuzie sînt necesari 10 litri; înseamnă că pentru a salva un om care altfel ar fi sortit morţii, donează sînge 40 de persoane.

transplantarea ţesuturilor, metodă de tratament care constă în înlocuirea unei porţiuni de ţesut alterat printr-un ţesut sănătos asemănător luat de la acelaşi individ (homografă) sau de la un altul (heterografă). Ţesutul grefat poate fi proaspăt sau conservat. Conservarea se face la frigider la $+2^0$ pînă la $+4^0$, timp de 6—8 zile, sau în soluţii cu formol. Se fac grefe de ţesuturi pentru a înlocui porţiuni de tegument, os, tendoane, artere, cornee, uretră. Transplantarea de organe constă în înlocuirea unui organ compromis funcţional cu un organ sănătos luat de la alt individ. În ultimii ani s-au citat cazuri de înlocuiri de rinichi, cu rinichi luat de la mama bolnavului, de la un frate geamăn sau de la alt individ. Dacă tehnica grefei este uşoară, problema integrării grefei de organ prezintă dificultăţi legate de specialitatea organismului receptor, care poate reacţiona, formînd anticorpi. Formarea de anticorpi nu permite integrarea anatomică şi funcţională a organului grefat (vezi chirurgie—plastică).

trichiază, în popor = peri răi, creştere anormală a genelor. În trichiază, genele sînt deviate în diferite direcţii: lateral, oblic şi înapoi spre globul ocular. Genele care cresc spre globul ocular vin în contact cu conjunctiva şi cu corneea, producînd eroziuni ale epiteliului corneean prin care pătrund microbi ce dau naştere la ulcere ale corneei. Trichiaza apare în urma unor procese cicatriceale care se produc la nivelul marginii pleoapelor şi care se pot datori: conjunctivitei granuloase, blefaritelor ulceroase, pemfigusului şi arsurilor pleoapelor. Tratamentul trichiazei constă în smulgerea genelor cu pensa de epilaţie, sau în electroliza rădăcinii genelor. Cînd genele deviate spre cornee sînt numeroase se practică o intervenţie chirurgicală la nivelul pleoapei

trichineloză, boală la om şi animale, provocată de viermele rotund denumit *Trichinella.* Viermii adulţi avînd dimensiuni de 0,2—0,4 cm, paraziteză în peretele intestinului, unde au loc fecundarea femelelor şi naşterea larvelor. De aici, prin circulaţie, larvele se transportă în întregul organism şi se depun în muşchi, în special în corp şi în membre. Aici larvele cresc, se răsucesc în spirală, se înconjură de o capsulă. Dimensiunea capsulelor este de 0,25 × 0,50 mm. Contaminarea de trichineloză are loc la ingerarea cărnii sau slăninii crude sau insuficient fierte ori prăjite, cu straturi de carne în care se pot afla larve de trichinelă, iar de cele mai multe ori a cărnii de porc sau slăninii, cărnii de vînat (urşi bruni sau albi, bursuci, mistreţi, foci, morse). Ani malele domestice (porcii, cîinii şi pisicile) şi rozătoarele de casă se contaminează la ingerarea rozătoarelor sălbatice sau a cărnii de animale sălbatice moarte sau ucise în cursul vînătorilor. Îmbolnăvirea de trichineloză survine de obicei după 2—3 săptămîni de la consumarea cărnii cu trichinelă. Boala se manifestă prin temperatură ridicată, înroşirea ochilor, uneori prin teamă faţă de lumină, dureri musculare, mai rar dureri abdominale şi diaree. Pentru trichineloză, deosebit de caracteristic este edemul feţei, uneori cu închiderea totală a fantei palpebrale. Formele uşoare ale trichinelozei pot fi suportate pe picioare. În unele cazuri, boala poate avea un sfîrşit letal. Copiii de obicei se îmbolnăvesc de trichineloză într-o formă uşoară. *Măsurile profilactice* pentru pre-

venirea trichinelozei se realizează printr-o bună organizare a creşterii porcilor la ferme şi în gospodăriile particulare, ferindu-i astfel de eventualitatea contaminării de trichineloză prin consumarea rozătoarelor sălbatice şi de casă. Hrănirea animalelor domestice cu carne de animale sălbatice este interzisă. A doua condiţie necesară este sacrificarea porcilor numai la combinatele de carne, abatoare sau locuri special amenajate pentru sacrificare, unde carnea se examinează pentru descoperirea eventuală a trichinelozei. În cazul cînd se constată prezenţa larvelor de trichinele, carnea de porc se rebutează, fiind dirijată în sectoare de utilizare tehnică. Controlul pentru trichineloză trebuie aplicat şi la carnea animalelor de vînat. Sacrificarea în gospodăriile particulare şi vînzarea cărnii de porc care nu a fost supusă unui control sanitar veterinar sînt interzise. Pentru prevenirea trichinelozei, o mare importanţă o are folosirea în alimentaţie numai a cărnii bine prăjite sau fierte. *Tratamentele* moderne ale trichinelozei (altă dată o boală deosebit de gravă) dau rezultate bune.

trichomoniază vaginală, inflamaţie cu secreţie abundentă datorită unui parazit flagelat numit *Trichomonas.* Vaginita cu *Trichomonas* se caracterizează printr-o leucoree abundentă, de culoare alb-cenuşie, spumoasă şi aerată. Mucoasa vaginală este inflamată, edematiată, iar infecţia cuprinde uneori şi vulva, producînd o mîncărime accentuată. Uneori, trichomoniaza vaginală este o cauză a sterilităţii. Este considerată astăzi ca o afecţiune venerică, contaminarea făcîndu-se prin bărbat, care, deşi este purtător de parazit, nu are deseori nici o manifestare clinică. Contaminarea este posibilă şi prin obiecte de toaletă, apa din ştranduri etc. Unul din factorii favorizanţi ai vaginitei cu *Trichomonas* este lipsa de foliculină, care, schimbînd mediul vaginal, permite dezvoltarea parazitului. *Diagnosticul* se pune, pe lîngă semnele clinice, prin evidenţierea la microscop a parazitului din secreţia vaginală proaspăt recoltată. Trichomoniaza vaginală este astăzi o afecţiune foarte frecventă, al cărei tratament necesită multă perseverenţă, atît din partea bolnavei şi cît a medicului. Pe lîngă *tratamentul local,* este obligatoriu şi *tratamentul general* cu tablete de Tricholaval sau alte preparate similare (Flagyl), luate pe cale bucală, de ambii soţi.

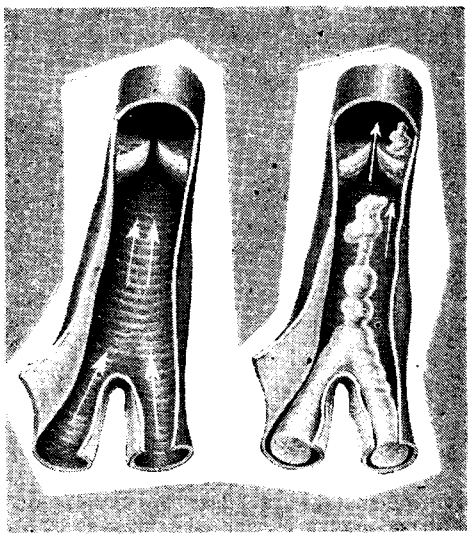
tricocefaloză, boală provocată de pătrunderea în intestinul omului a unor viermi rotunzi — tricocefali. Tricocefaloza este răspîndită pe întreg globul pămîntesc; la noi se întîlneşte destul de rar. Tricocefalul se localizează în intestin, de regulă în cec, mai rar în colon şi apendice, iar în cazul unei contaminări masive, şi în segmentul inferior al intestinului subţire. Numărul de paraziţi în intestin poate să varieze de la unul sau cîteva exemplare, pînă la sute sau chiar mii. Durata vieţii tricocefalului este de circa 5 ani. Ouăle depuse de femelă se elimină împreună cu excrementele în mediul extern, şi se dezvoltă în sol de la 2 şi pînă la 8 şi mai multe săptămîni, în funcţie de temperatura solului. Ouăle capătă însuşirea de a contamina oamenii numai după trecerea acestui interval de timp. Singura sursă de contaminare este omul bolnav, care poluează solul cu ouăle de tricocefal. Oamenii se contaminează prin sol, prin consumarea legumelor şi fructelor nespălate din grădinile al căror sol a fost îngrăşat cu gunoaie care nu au fost supuse neutralizării, mai rar prin apă nefiartă, din bazine poluate. Gravitatea bolii depinde de numărul de paraziţi aflaţi în intestin. În cazul cînd contaminarea este uşoară, s-ar putea ca bolnavul să nu acuze nici un fel de semne subiective. La o contaminare intensă, bolnavii se plîng de scăderea poftei de mîncare, dureri de cap, irascibilitate, ameţeli, scaun neregulat, astenie, pierdere în greutate, anemie, scăderea capacităţii de muncă. Diagnosticul se precizează prin decelarea ouălelor în materiile fecale. Tratamentul se aplică de către medic în funcţie de starea bolnavului. Se urmăreşte, fie omorîrea parazitului, fie separarea lui de mucoasa intestinală, pentru a-l elimina apoi cu ajutorul unui purgativ. Nu se pot elimina din intestin toţi paraziţii, însă în toate cazurile de tratament se obţine o apreciabilă îmbunătăţire a stării bolnavului. Este mult mai uşor a preveni contaminarea cu tricocefali de cît a vindeca boala. Focarele de tricocefaloză se constată acolo unde în apropierea locuinţei există locuri umede şi umbrite, murdărite cu fecalele omului. De aceea, pentru a preveni tricocefaloza, solul şi sursele de apă trebuie protejate împotriva murdăririi cu fecale (amenajarea corectă a closetelor); se vor respecta strict regulile de igienă individuală (înainte de masă, mîinile se vor spăla); legumele şi fructele, înainte de consumare, vor fi spălate într-o strecurătoare, cu apă curată din belşug; nu se va bea apă nefiartă din puţuri şi bazine necontrolate.

tricofiţie, îmbolnăvire a pielii şi firului de păr, datorită ciupercilor parazite din grupul tricofiton (vezi micoze).

trinitrină, medicament care are o acţiune rapidă de dilatare a arterelor aflate în stare de spasm şi de relaxare a musculaturii netede din bronhii, intestin şi căile biliare. De aceea este indicată ca medicament de urgenţă în anghina de piept, în astmul bronşic, la începutul crizelor. Poate avea efect şi în cazurile de hipertensiune la arterioscleroşi. CIF livrează nitroglicerina în flacoane cu soluţie (administrată în picături de zahăr) sau în tuburi cu comprimate mici (care se ţin sub limbă pînă la topire). Prin aceasta se obţine o trecere a substanţei active direct în sîngele care irigă creierul, oprirea crizei de angină făcîndu-se în cea mai mare parte reflex. Absorbţia medicamentului în sînge se face în 2 minute, iar acţiunea sa durează 20 de minute. Repetarea dozei se va face numai după 3—4 ore şi numai dacă mai este necesar. Este asociată cu cafeina (Trinitrin-cafein), sau cu papaverina (Trinitrin-papaverin), pentru

efectele stimulente ale cafeinei şi efectele vasodilatatoare ale papaverinei.

tromboflebită (boală tromboembolică), boală a sistemului venos, caracterizată prin două elemente patologice principale: tromboza şi



Tromboflebită. *Stînga*: venă normală; *dreapta*: venă trombozată.

embolia. Se întîlneşte mai frecvent la membrele inferioare şi la femei între 50 şi 60 de ani. Procesul începe de obicei în venele tălpii piciorului şi se întinde la venele principale ale gambei şi de aici la vena femurală şi iliacă. Datorită stazei venoase şi unei modificări a endoteliului venos într-o mică zonă, se constituie o aglutinare a trombocitelor, care formează cheagul alb, pe care se va depune fibrină şi hematii pînă la astuparea completă a venei; deasupra se va produce o coagulare masivă a sîngelui, formînd cheagul roşu. La început, cheagul nu este aderent de peretele venos, deci mai permite trecerea sîngelui (flebotromboză), emboliile fiind posibile; mai tîrziu, cheagul devine aderent (tromboflebită), emboliile fiind mai rare. Mecanismul de producerea bolii este încă discutat. Teoria inflamatorie a fost părăsită şi de aceea termenul de flebită a fost înlocuit cu acela de trombozâ. Teoria biochimică discută leziunea endotelială, staza venoasă şi modificările sîngelui circulant. Rolul principal îl are staza venoasă însoţită de modificarea timpului de coagulare. Primele semne care atrag atenţia sînt semnele generale: temperatură, creşterea pulsului, senzaţia de tensiune sau cianoză în gambă, nelinişte, teamă. La examenul local se observă cianoză şi dilataţia venelor superficiale, hipertermie cutanată, durere vie la palpare în regiunea dorsală a gambei, edem. Cînd boala a avansat, apare edemul voluminos, care se întinde pînă la rădăcina coapsei. Evoluţia este lungă, durează chiar luni şi ani, după vindecare mai persistînd tulburări de circulaţie venoasă. În primele săptămîni de boală, pericolul mare este al emboliilor pulmonare. Tratamentul profilactic are la bază lupta împotriva stazei circulatorii (tratamentul varicelor, mobilizarea precoce a bolnavilor operaţi) şi administrarea de anticoagulante la cei predispuşi: obezi, cardiaci. *Tratamentul curativ* urmăreşte oprirea trombozei şi profilaxia emboliilor şi a sechelelor: heparină, ligatura venei femurale superficiale.

tromboză, constituirea unui cheag (tromb) într-un vas sau într-una din cavităţile inimii. Trombozarea unei artere poate fi urmarea unui proces patologic, de pildă ateroscleroza; alteori, tromboza constituie un mecanism salvator, de oprire a hemoragiilor în cazul rănirii vaselor. În funcţie de întinderea şi volumul procesului de tromboză într-un vas se produce stînjenirea sau oprirea circulaţiei sîngelui în acel loc: tromboză coronariană, cauză frecventă a infarctului miocardic, tromboflebită, arterită obliterantă, ramolisment cerebral trombotic.

tuberculină — vezi intradermoreacţie.

tuberculostatice, substanţe chimioterapice şi antibiotice care administrate organismului bolnav de tuberculoză sau culturilor de bacili Koch în laborator împiedică multiplicarea microbilor. Ele sînt de importanţă deosebită în tratamentul bolii, pentru că oprind dezvoltarea microbilor, organismul îmbolnăvit capătă răgazul şi posibilitatea de a-şi pune în funcţie în mod eficient mecanismele de apărare şi de a învinge infecţia. Un exemplu tipic de tuberculostatic este PAS (acid paraaminosalicilic) care este utilizat de bacilul Koch pe baza asemănării chimice în locul PAB (acid paraaminobenzoic), ultimul fiind absolut necesar bacililor pentru sinteza unui element de importanţă vitală, acidul folic. Dar PAS nu le poate folosi în acest scop, astfel că procesele vitale bacteriene sînt mult încetinite. Deoarece bacilul Koch dezvoltă foarte uşor o chimiorezistenţă (obişnuinţă) la antibioticul cel mai eficient (streptomicină), asocierea ei cu PAS şi HIN (hidrazida acidului izonicotinic) întăreşte mult activitatea bacteriostatică şi întîrzie instalarea rezistenţei microbiene.

tuberculoză, boală contagioasă cu multiple manifestări, dintre care localizarea la nivelul aparatului respirator constituie forma ei cea mai răspîndită şi cu consecinţe deosebite pentru individ şi societate. La baza îmbolnăvirii de tuberculoză stă infecţia cu bacili Koch. Aceşti, germeni, identificaţi pentru prima dată de savantul german Robert Koch (1882), sînt nişte bacili în formă de bastonaşe, lungi de 1,5—5 microni. Se cunosc mai multe tipuri de bacili ai tuberculozei dintre care bacilul tuberculos uman şi bovin pot infecta omul. Concepţia înapoiată după care tuberculoza ar fi o boală ereditară nu a putut rezista dovezilor evidente ale contagiozităţii bolii, la fel după cum eronată este şi concepţia care pretinde că

s-ar moşteni o predispoziţie, terenul care favorizează dezvoltarea ulterioară a tuberculozei. Mamele bolnave de tuberculoză nasc copii perfect sănătoşi, care dacă sînt puşi la adăpost de infecţia tuberculoasă prin scoaterea lor din mediul molipsitor, prin vaccinare sau chimioprofilaxie rămîn sănătoşi şi se dezvoltă normal. Cauza care produce deci tuberculoza constă în pătrunderea şi înmulţirea bacililor Koch în organismul omului sănătos. La apariţia bolii, însă, mai pot contribui şi alţi factori, ca: diferite boli febrile (gripa), răceala, surmenajul, subalimentaţia, viaţa dezordonată şi orice cauze care scad puterea de rezistenţă a organismului pot înlesni apariţia ei. Principala sursă de infecţie este omul bolnav; acesta, cînd tuşeşte, răspîndeşte în jurul său un nor de picături fine, care ajung pînă la o distanţă de cîţiva metri în jurul lui. *Prin picăturile de spută*, bolnavul tuberculos răspîndeşte miliarde de bacili care pot infecta direct, prin respiraţie, pe cei sănătoşi. Tot prin spută se pot împrăştia microbii în odaie şi depune pe podea, pe obiectele din jurul bolnavului de unde se răspîndesc prin *praful bacilifer*, rezultat din uscarea sputei care conţine bacili. Pentru a evita infecţia cu bacili Koch, persoanele tuberculoase purtătoare de microbi (bacilul Koch pozitiv în spută) trebuie să fie izolate în spital, sanatorii sau în camere separate, acasă. Este foarte important ca bolnavul să nu scuipe pe jos, ci într-o scuipătoare care conţine în ea o soluţie antiseptică de lizol (5—10%), de sodă (2%) sau de cloramină (3—5%). Cînd tuşeşte, va ţine la gură o batistă şi se va feri de persoanele înconjurătoare. Va evita contactul cu copiii şi va avea veselă separată. Păturile, cearşafurile, pernele vor fi ţinute zilnic la soare, iar camera va fi bine aerisită. Acest tip de molipsire reprezintă *calea aeriană*, poarta de intrare fiind bronhiile mici sau regiunea amigdalelor. *Calea digestivă* constituie un alt mijloc de infectare care are loc prin consumarea laptelui nefiert şi provenit de la vite bolnave. De astă dată, bacilul Koch se localizează în intestin. Dar nu fiecare om în corpul căruia a pătruns bacilul Koch se îmbolnăveşte de tuberculoză. În schimb această întîlnire dintre bacil şi individul sănătos duce la crearea unei sensibilităţi speciale a organismului faţă de toxinele acestui bacil, la o stare de alergie (vezi alergie). Această *alergie tuberculinică*, care traduce de fapt apariţia în organism a unor anumite mijloace de apărare împotriva infecţiei poate fi pusă în evidenţă cu ajutorul probei sau intradermoreacţiei la tuberculină (IDRT). Dacă se inoculează sub pielea antebraţului cîteva picături dintr-o soluţie de tuberculină, care este un extras de bacili tuberculoşi omoriţi, la locul injecţiei apare după 24—48 de ore o papulă (umflătură) roşiatică, în timp ce la individul care nu a suferit infecţia tuberculoasă, locul injecţiei rămîne nemodificat. Această probă cu tuberculină permite să deosebim indivizii care au suferit o primoinfecţie tuberculoasă de cei care nu au suferit această infecţie. O intradermoreacţie pozitivă nu înseamnă deci neapărat boală, dar înseamnă că persoana respectivă a făcut *primoinfecţia tuberculoasă*. Primoinfecţia tuberculoasă se poate constata la orice vîrstă, dar de obicei se observă în prima copilărie sau la pubertate. Manifestările ei sînt de obicei discrete, din care cauză trec de cele mai multe ori neluate în seamă: subfebrilitate, pierderea poftei de mîncare, semne de bronşită banală. Uneori însă, temperatura se ridică mult, iar la nivelul gambelor apar un fel de pete roşii, infiltrate şi dureroase, care se cheamă *eritem nodos*. La examenul radiologic al plămînilor se poate observa o zonă congestivă, care se însoţeşte de prinderea unui ganglion vecin de la nivelul hilului pulmonar. Această imagine a şancrului de primă infecţie şi a ganglionilor sateliţi poartă numele de *complex primar*. În majoritatea cazurilor, acest complex primar evoluează spontan către calcifiere, această primă infecţie tuberculoasă rămînînd prima şi ultima manifestare a contactului cu bacilul Koch. Trebuie să reţinem însă faptul că bacilul Koch poate supravieţui mereu în aceste focare astfel vindecate. Cînd condiţiile favorizante (stări de surmenaj, subalimentaţie, gripă) scad puterea de luptă a organismului, boala poate reapărea şi prezenta diverse înfăţişări clinice. Astfel, bacilul Koch tîrît de curentul sanguin poate însămînţa pleura şi da naştere la *pleurezie* sau peritoneul, dînd naştere la *peritonită* sau pericardul, dînd naştere la *pericardită*, sau meningele dînd naştere la *meningită tuberculoasă*. De asemenea, bacilul poate prinde ganglionii (*tuberculoza ganglionilor sau scrofuloza*), oasele şi articulaţiile (*tuberculoza osteoarticulară*), arborele urinar (*tuberculoza renală*) sau organele genitale (*tuberculoza genitală*). O manifestare gravă a acestei perioade de diseminare o reprezintă *granulia generalizată*. Infecţiile repetate cu bacilul Koch, condiţiile defavorabile de mediu ca şi factorii care scad rezistenţa organismului conduc la instalarea *ftiziei* sau tuberculozei pulmonare cu evoluţie cronică. Descoperirea la timp a tuberculozei este o problemă de cea mai mare importanţă, căci de precocitatea descoperirii ei depinde o vindecare rapidă şi durabilă. Mijloacele pentru a depista o tuberculoză din vreme şi pe care organizarea sănătăţii de la noi din ţară ni le pune la dispoziţie sînt: 1) Intradermoreacţia (IDR); această probă are o însemnătate deosebită la copii, la care o reacţie intensă arată de obicei o infecţie recentă. Ea permite luarea de măsuri de îngrijire a copilului cu IDR pozitivă şi descoperirea în acelaşi timp a sursei de infecţie. În ţara noastră, IDR este folosită pe scară largă pentru descoperirea tuberculozei la copii şi tineri. Această probă se practică periodic tuturor persoanelor pînă la 21 de ani. 2) *Depistarea radiologică*, care este o metodă larg folosită la noi, aplicîndu-se la întreaga populaţie adultă. Microradiofotografia se practică la admiterea în facultăţi, angajări în ser-

viciu, căsătorie, pentru personalul didactic la început de an şcolar etc. Radiofotografia permite trierea persoanelor care prezintă modificări ale imaginii normale pulmonare. Acestea vor fi apoi complet examinate în vederea precizării naturii modificărilor pulmonare semnalate de microradiofotografie. Dată fiind importanţa acestui control, este în interesul fiecăruia din noi să răspundem fără întîrziere la prima invitaţie şi să ne prezentăm la Centrul de radiofotografie pentru controlul periodic. *Tratamentul* tuberculozei este complex. Trebuie însă subliniat de la început faptul că un rol deosebit îi revine profilaxiei. Aceasta se realizează în primul rînd printr-o educaţie sanitară a maselor largi care să participe conştient, alături de organele medico-sanitare, la combaterea bolii. Participarea la acţiunile de vaccinare, de chimioprofilaxie, la depistările microradiofotografice, la respectarea regulilor de igienă, călirea organismului, participarea la controalele medicale periodice, reprezintă numai cîteva aspecte, fără să mai vorbim de consultarea medicului ori de cîte ori se observă o stare de oboseală nejustificată, stări subfebrile, ori „stări gripale" care se prelungesc. Vaccinarea împotriva tuberculozei se obţine cu vaccinul *B.C.G.* Acest vaccin acordă organismului o stare de imunitate (rezistenţă) împotriva infecţiei tuberculoase; chiar dacă uneori, foarte rar, persoane vaccinate se mai pot îmbolnăvi de tuberculoză, ele fac o formă uşoară de boală. Sînt vaccinaţi numai cei care prezintă o IDR negativă, adică nu au prezentat o primoinfecţie. În ţara noastră, vaccinarea B.C.G. este obligatorie. Prima vaccinare se face în primele zile de la naştere şi se repetă la vîrsta de 2, 4, 7, 12, 17 şi 20 de ani. Tot pentru a preveni apariţia tuberculozei la unele persoane mai susceptibile de a face această boală se practică *chimioprofilaxia cu hidrazidă.* Această metodă constă în administrarea de hidrazidă pe o perioadă suficient de prelungită (6 luni—1 an) ca să împiedice evoluţia infecţiei tuberculoase spre boală, adică apariţia tuberculozei pulmonare. Ea se aplică la persoanele, în special copii, care trăiesc în apropierea unui bolnav de tuberculoză sau la care o IDR arată o infecţie recentă sau deosebit de activă la persoanele descoperite la microradiografie cu leziuni minime, sau în sfîrşit la foştii bolnavi de tuberculoză la care există pericolul unei recidive (stare febrilă, surmenaj). Hidrazida, medicament bine suportat, este distribuit în mod gratuit de către dispensarul antituberculos raional în dozele indicate de specialist. *Tratamentul* propriu-zis al bolii trebuie adaptat bolnavului şi fazei de evoluţie a bolii. Se cunoaşte de mult valoarea curei de repaus şi a aeroterapiei. Acestea sînt obligatorii pînă la normalizarea temperaturii, dispariţia semnelor de intoxicaţie bacilară şi delimitarea leziunilor. Regimul alimentar va fi raţionat, evitîndu-se supraalimentaţia şi regimurile grase care obosesc ficatul şi provoacă tulburări digestive. Este de preferat o alimentaţie mixtă şi variată, totalizînd 3 500—4 000 de calorii. Fructele şi legumele verzi au un rol important prin aportul de vitamine. Cura de repaus şi aeroterapie se realizează cel mai bine într-un sanatoriu. Scoaterea bolnavului din mediul familial îi îngăduie acestuia să se preocupe numai de îngrijirea lui şi îi pune, în acelaşi timp, familia la adăpost de molipsire. Desigur că sînt cazuri care, cu avizul medicului, se pot trata şi acasă. Ştiinţa medicală a descoperit în ultimul deceniu numeroase medicamente (antibiotice şi preparate chimice) şi tehnici noi cu ajutorul cărora tuberculoza, altădată atît de temută, poate fi învinsă şi bolnavii vindecaţi. De la început însă trebuie atrasă atenţia asupra faptului că tratamentul va fi indicat şi condus de medic. Dintre medicamentele noi care au acţiune tuberculostatică (împiedică acţiunea bacilului) sau bactericidă (îl distrug) şi care au dovedit mare eficacitate în *tratamentul* tuberculozei citäm: hidrazida acidului izonicotinic (HIN), care se prezintă sub formă de tablete (de 0,05 g), streptomicina în injecţii şi PAS (acidul paraaminosalicilic), care se administrează pe cale bucală sau în soluţii de glucoză, în perfuzie intravenoasă. Pentru ca aceste medicamente să dea rezultate ele trebuie luate timp îndelungat şi în cantităţi suficiente. De obicei se prescriu deodată 2 sau chiar 3 tuberculostatice pentru a obţine un efect mai puternic şi a împiedica instalarea rezistenţei germenilor la tuberculostatic. Această rezistenţă se datoreşte faptului că bacilii obişnuindu-se cu medicamentul, acesta îşi pierde proprietatea de a li se mai împotrivi. Rezistenţa germenilor se dezvoltă mai ales în cazurile în care s-a aplicat un tratament neregulat, cu doze insuficiente, cu întreruperi sau pe o perioadă scurtă de timp. Uneori este nevoie să se asocieze acestor tuberculostatice şi colapsoterapia. În ce priveşte metodele chirurgicale, acestea sînt rezervate cazurilor care n-au beneficiat de metodele de tratament expuse mai înainte. Alături de toracoplastie şi de pneumotoraxul extrapleural se mai execută operaţii de exereză pulmonară care îndepărtează complet din organism un plămîn (pneumonectomie), un lob (lobectomie) sau un segment de plămîn (segmentectomie). Pe lîngă tuberculostatice, se mai pot folosi şi alte medicamente, ca: tonice, vitamine, hormoni sau calmante. Acestea colaborează la susţinerea forţelor organismului, calmează tusea, întăresc efectul medicamentelor specifice. Bolnavul odată vindecat va trece la o perioadă de reantrenare, care constă în eforturi gradate, de la mici plimbări şi eforturi moderate la activitate normală, dar cu orar redus (6 ore), pe o perioadă de timp. În cazuri rare este necesară chiar calificarea în altă profesiune. Pentru combaterea tuberculozei, statul nostru a alocat numai în anul 1961 suma de 521 de milioane lei, ceea ce reprezintă circa 18% din bugetul general al ocrotirii sănătăţii. Baza materială a

luptei antituberculoase s-a schimbat structural, fapt care iese în evidenţă prin compararea cîtorva cifre ale anilor 1938 şi 1960. Astfel, în 1938 era un medic ftiziolog la 130 000 de locuitori pe cînd în 1960, un medic la 13 000. Numărul paturilor pentru bolnavii de tuberculoză spitale, sanatorii, preventorii) era de 5 636 pentru ca în 1960 să se ridice la 30 386. Numărul dispensarelor de tuberculoză a crescut în această perioadă de la 10 la 223 iar al serviciilor radiofotografice de la zero la 99. Actuala legislaţie asigură bolnavilor de tuberculoză gratuitatea completă a tratamentului, concedii medicale plătite, reducerea programului de activitate la reluarea muncii, condiţii speciale la reîncadrare, pensii de invaliditate. Ajutorul familial şi îndemnizaţia de copii, ajutoarele de naştere şi lehuzie, cheltuielile pentru trimiterea copiilor şi adulţilor la odihnă, dezvoltarea construcţiilor de locuinţe şi a lucrărilor edilitare, a alimentaţiei publice etc. sînt tot atîtea exemple care arată amploarea acţiunilor pe care statul nostru le desfăşoară în interesul asigurării şi creşterii bunăstării populaţiei şi care influenţează în mod determinant şi procesul de evoluţie a tuberculozei. Proporţia cazurilor noi de îmbolnăvire scade de la 492,7 în anul 1950, la 274,5 în anul 1962 la suta de mii de locuitori iar a deceselor prin tuberculoză în aceeaşi perioadă, de la 145,7 la 34,7.

tularemie, boală infecţioasă acută a omului şi animalelor, cu fenomene caracteristice de lezare a ganglionilor limfatici periferici. Agentul patogen este un microorganism de dimensiuni mici, care trăieşte cîteva luni în apă, produse alimentare, precum şi în căpuşe. Moare repede în soluţii dezinfectante de concentraţii slabe. În condiţii naturale este o boală a rozătoarelor. La om, contaminarea se face pe cale aerogenă, digestivă, cutanată sau prin vectori (căpuşe, ţînţari, păduchi, purici, tăuni). Ea poate fi: a) profesională (la vînători, la trierat prin inhalarea prafului din stogurile infectate); b) de focar (prin vectori); c) în gospodării (prin şoareci bolnavi). Omul este foarte receptiv. Nu se transmite de la om la om. După evoluţie se disting următoarele forme: bubonică, abdominală, oftalmică. *Incubaţia* durează de la cîteva ore pînă la 3 săptămîni. *Invazia* este bruscă, cu temperatură (39—40°), cefalee, curbatură, hiperemia faringelui, vărsături, delir. *Perioada de stare* depinde de forma clinică a tularemiei: a) bubonică — tumefacţia ganglionilor urmată de deschiderea lor, rezultînd o ulceraţie, care se cicatrizează lent; b) gastro-intestinală, cu simptomatologia toxiinfecţiei alimenare severe; c) pulmonară, de tipul bronhopneumoniei. *Evoluţia*, de obicei spre vindecare, cu imunitate persistentă. *Tratamentul* se face cu antibiotice şi vaccinoterapie. *Profilaxia* constă în depistarea şi lichidarea focarelor de tularemie, distrugerea rozătoarelor, a insectelor, căpuşelor. Interzicerea scăldatului în zonele infectate, a consumului apelor infectate, vaccinarea cu vaccin viu în focare. Internarea bolnavului în spital este obligatorie.

turbare, boală infecţioasă acută a omului şi animalelor, caracterizată prin lezarea sistemului nervos central. Este cunoscută din antichitate. Rolul hotărîtor în studiul naturii acestei boli l-a avut L. Pasteur. Un mare aport în cercetarea turbării l-au adus lucrările savantului rus N.F. Gamaleea, ale savantului italian A. Negri şi ale savantului romîn V. Babeş. Agentul patogen al turbării este un virus filtrabil; se distruge la temperatură ridicată, dar rezistă timp îndelungat la frig. Virusul se localizează în sistemul nervos central şi se elimină prin saliva animalului turbat. Animalele turbate (cîinii, lupii, şacalii, vulpile, iar în America de Sud şi liliecii) pot transmite infecţia prin muşcătură altor animale şi omului. Sînt sensibile faţă de turbare toate animalele cu sîngele cald, inclusiv păsările. După datele statistice dintr-un număr de ţări, aproape 90% dintre persoanele care au urmat tratament antirabic au fost muşcate de cîini, 6—7% de pisici şi numai 2—3% de alte animale. Prin urmare, principalul pericol în tratarea turbării rămîne cîinele. Îmbolnăvirile de turbare în masă printre animale pot apărea în orice anotimp. La cîini, după perioada de incubaţie (stadiul asimptomatic), în 3—6 săptămîni apar semnele caracteristice: animalul devine agitat, nu mai mănîncă. Urmează o perioadă de excitaţie, cu accese de convulsii; cîinii înghit obiecte necomestibile (beţe, cîrpe etc.), muşcă, nu beau apă. Lătratul devine răguşit şi din gură se scurge saliva. În această perioadă de boală, cîinii sînt foarte agresivi (deci foarte periculoşi). În ultimul stadiu al bolii încep paraliziile. Virusul turbării se găseşte în salivă, cu cîteva zile înainte de apariţia semnelor de boală. Moartea animalului survine în ziua a 5-a—a 7-a de la începutul bolii. Turbarea se transmite omului, atît prin muşcătura unui animal bolnav, cît şi prin saliva acestuia, dacă ajunge pe pielea lezată sau pe mucoasa ochiului, a nasului, a buzelor. Nu orice muşcătură de animal turbat duce la infectarea omului; aceasta depinde de numărul muşcăturilor, dispoziţia lor (pe părţile descoperite ale corpului sau prin haină), cantitatea de virus introdus în timpul muşcăturii. Muşcăturile cele mai periculoase sînt în regiunea capului şi a mîinilor. La om, incubaţia durează în medie 40—50 de zile; sînt descrise perioade de incubaţie şi de 8—9 zile, cînd muşcătura s-a produs în apropiere de sistemul nervos central (la cap, faţă, membrele superioare), cît şi de un an. Cam la 1—2 zile înainte de a se termina incubaţia încep dureri la locul muşcăturii, hiperexcitabilitate, somn agitat cu coşmaruri, senzaţie de frică. Apoi, după o uşoară ridicare a temperaturii (cu 0,5—2°), survin o iritabilitate excesivă, tahicardie, tulburări de respiraţie. O excitaţie cît de mică emotivă, vizuală, o adiere de vînt (aerofobie), un jet de apă şi altele pot declanşa convulsii generalizate. Este caracteristică greu-

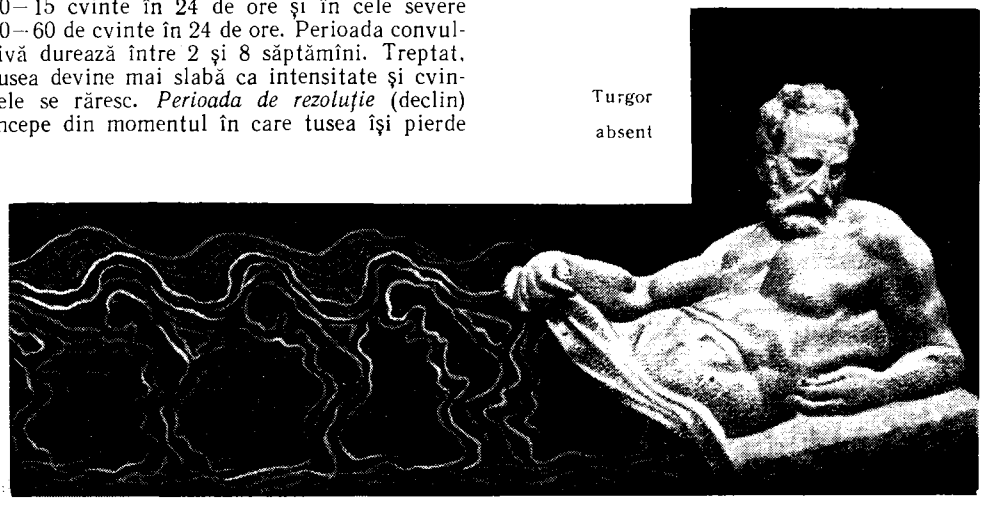
tatea la înghiţirea lichidelor din cauza spasmelor chinuitoare ale muşchilor faringelui; de aici, al doilea semn al bolii (hidrofobia). Starea psihică a bolnavului este profund alterată, el delirează, are halucinaţii şi accese de furie. Între accese, este conştient. Perioada de excitaţie durează 2—3 zile, fiind urmată de perioada paraliziilor (ale muşchilor extremităţilor, ai feţei, limbii, muşchilor respiratori). Boala nu durează de obicei mai mult de 5—6 zile. Bolnavii sînt internaţi obligatoriu şi sînt puşi într-o rezervă separată. Nu există nici o metodă de tratament al bolii declarate. Îngrijirea bolnavului constă doar în uşurarea suferinţelor lui. *Profilaxia* constă în măsurile îndreptate spre distrugerea izvorului de infecţie şi în prevenirea bolii la omul muşcat sau venit în contact cu saliva animalului bolnav. Măsurile de prim ordin cuprind reducerea numărului cîinilor excedentari, prinderea şi distrugerea cîinilor vagabonzi şi a pisicilor, izolarea (pentru 14 zile) şi examenul veterinar al cîinilor şi al altor animale care au muşcat omul. Sînt obligatorii vaccinarea cîinilor din gospodării, distrugerea lupilor. Aplicarea strictă a acestor măsuri profilactice a dus la lichidarea turbării într-o serie de ţări. Unui om muşcat i se va acorda ajutorul medical de urgenţă. Locul muşcăturii se dezinfectează şi se pansează în timpul cel mai scurt, pentru a se distruge pe cît posibil virusul. Urmează apoi prezentarea la centrul antirabic pentru vaccinare (prima vaccinare antirabică a fost făcută de L. Pasteur în iulie 1885). Vaccinarea este obligatorie ori de cîte ori un om este muşcat de un animal, chiar dacă muşcătura este făcută prin haină. sau chiar fără muşcătură dacă saliva animalului a atins pielea. Dacă peste 2 săptămîni după muşcătură animalul ţinut sub observaţie a rămas sănătos, vaccinarea omului muşcat se întrerupe. Injecţiile cu vaccin se fac subcutanat în abdomen, de mai multe ori şi zilnic, după schema fiecărui caz în parte, fixată de medic. Durata vaccinării poate varia între 2 săptămîni şi 2 luni. Deoarece imunitatea în vaccinarea antirabică survine numai peste 2—3 săptămîni de la prima injecţie, vaccinarea trebuie să înceapă cît mai repede. Imunitatea durează aproape o jumătate de an. Alcoolul este strict interzis (timp de 6 luni) persoanelor vaccinate; de asemenea, trebuie să se evite surmenajul, răceala sau supraîncălzirea corpului. Persoanele care prezintă semne de boală nu se vaccinează. Experienţa îndelungată a centrelor antirabice din lumea întreagă demonstrează că vaccinarea antirabică a oamenilor muşcaţi de animale turbate şi-a dovedit din plin eficienţa.

turgor, starea de consistenţă şi elasticitate a pielii şi ţesutului subcutanat, la organismul sănătos. La copii, în special în cursul tulburărilor de nutriţie, sau la persoanele bolnave, slăbite, pielea îşi pierde elasticitatea şi consistenţa ei normală, putînd fi apucată între degete şi rămînînd cutată întocmai ca o cută de cearşaf, fără a-şi reveni imediat după ce luăm degetele. Examenul turgorului dă informaţii indirecte privind starea de nutriţie generală a organismului.

tuse convulsivă (tuse măgărească), boală infecto-contagioasă acută epidemică, în special a copiilor, caracterizată prin catar al căilor respiratorii şi cvinte de tuse spasmodică. Agentul tusei convulsive este bacilul Bordet-Gengou. Sursa principală o constituie bolnavul cu o formă clinică tipică sau frustă de tuse convulsivă. Transmiterea este aerogenă, în perioada catarală, cînd simptomatologia clinică nu permite recunoaşterea bolii. Contaminarea are loc în apropierea imediată a bolnavului, pentru că germenul tusei convulsive este puţin rezistent în mediul extern. Contagiozitatea este mare în prima perioadă a bolii (75%), pentru ca să scadă treptat o dată cu instalarea cvintelor de tuse, aşa încît după trei săptămîni de la începutul lor, bolnavii să nu mai fie contagioşi decît în proporţie de 20—45%. Starea de purtător sănătos nu este cunoscută. *Imunitatea* este durabilă, pentru întreaga viaţă. *Incubaţia* durează 2—15 zile, pînă la cel mult 21 de zile; este asimptomatică. *Invazia* durează de la cîteva zile pînă la 2 săptămîni. Debutul

Turgor prezent

este insidios, cu o creştere moderată a temperaturii (simulînd o răceală), strănut, traheobronşită, tuse uscată, uneori catar conjunctival şi congestie a mucoasei faringiene. Alteori, poate începe ca o laringită trecătoare, sau ca o bronşită acută (raluri bronşice). Tusea se accentuează ulterior şi în special noaptea devine penibilă, obositoare. Se instalează o stare de indispoziţie, inapetenţă, edematierea feţei, uneori vărsături alimentare la sfîrşitul accesului de tuse. *Perioada de stare* este caracterizată prin accese de tuse spasmodică (cvinte). Cvinta de tuse se compune din trei simptome: tuse, repriză, expectoraţie. Începe subit sau după o scurtă senzaţie de iritaţie în gît. Copiii mai mici părăsesc jocul, se retrag sau aleargă speriaţi la mamă. Dacă sînt în pat se ridică, se agaţă de marginile patului sau de hainele părinţilor. Tusea constă în cîteva reprize de tuse (5—10) care se succed fără întrerupere; urmează apoi o inspiraţie, care (datorită contracţiei glotei) are un sunet şuierător caracteristic, după care accesul continuă sub forma unor noi puseuri de tuse ce se succed rapid. In timpul cvintei, aspectul bolnavului este caracteristic: faţa se congestionează sau chiar se învineţeşte, apar lacrimi în ochi, venele gîtului şi ale feţei se umflă, limba, cu vîrful îndoit în sus, este proiectată în afara gurii. Cvinta se termină cu eliminarea unei spute viscoase, aderente, sticloase; la copiii mici se produc uneori vărsături alimentare. Temperatura este de obicei normală sau uşor crescută. Copiii devin adinamici şi în cazurile grave apatici. Se observă insomnii şi uneori întunecarea cunoştinţei. În intervalele dintre cvintele de tuse, copiii au o comportare pe deplin satisfăcătoare, se joacă, au poftă de mîncare. Cauzele care pot provoca crizele de tuse sînt: efortul, ingestia de alimente, emoţiile, iritaţiile respiratorii prin praf, fumul de ţigară, pîinea uscată, sau de multe ori o simplă înghiţitură de apă rece. Numărul cvintelor diferă după gravitatea bolii. În formele obişnuite sînt 10—15 cvinte în 24 de ore şi în cele severe 50—60 de cvinte în 24 de ore. Perioada convulsivă durează între 2 şi 8 săptămîni. Treptat, tusea devine mai slabă ca intensitate şi cvintele se răresc. *Perioada de rezoluţie* (declin) începe din momentul în care tusea îşi pierde caracterul spasmodic, numărul acceselor scad, bolnavul expectorează mai uşor, este mai vioi, doarme mai bine, vărsăturile dispar. *In convalescenţă* apariţia oricărei boli infecţioase aerogene reproduce tusea cvintoasă. *Accidente*: ulceraţie sublinguală, vărsături, hemoragii (subconjunctivale, retiniene, palpebrale, nazale, cutanate, meningiene), emisiuni involuntare de urină şi fecale, prolaps rectal, hernie (inghinală, ombilicală), emfizem pulmonar, pneumotorax. *Complicaţii*: febra, în perioada de stare, anunţă complicaţii care pot fi rinite, rinofaringite, laringite, laringospasm, bronşită, bronhopneumonie (acută, subacută, trenantă, supraacută), encefalite. *Recidivele* sînt rare. *Tratament*: regimul la pat este indicat în prima fază a bolii şi numai în caz de febră şi complicaţii. Camera bolnavului trebuie să fie bine aerisită. Aerul rece, proaspăt, are efect favorabil; cvintele devin mai rare, copilul se calmează şi adoarme. Vara va sta afară cea mai mare parte a zilei, iar iarna, 4—5 ore. Adulţii trebuie să se ocupe mai mult de copiii bolnavi pentru a le îndrepta atenţia asupra altor lucruri, în acest fel obţinîndu-se rărirea acceselor de tuse. Hrana va fi cît mai bogată în calorii, întrucît vărsăturile epuizează organismul. Alimentaţia bolnavului nu trebuie să fie deosebită de cea a copilului sănătos. La sugari este de preferat alimentaţia la sîn. Tratamentul medicamentos constă mai mult în administrarea de tonice. Numai complicaţiile se tratează cu antibiotice (cloramfenicol, streptomicină, hidrazidă). Fiind o boală contagioasă din grupa B, copilul va fi internat facultativ în spitalul de boli contagioase, numai cînd este mic şi are complicaţii. *Profilaxie*: contacţii vor fi izolaţi pînă la 21 de zile. Bolnavii vor fi izolaţi la domiciliu timp de 21 de zile. Dezinfecţia se face cu metode cunoscute. Cazurile de boală trebuie anunţate circumscripţiei sanitare. Vaccinarea cu vaccin antipertusis dă rezultate bune.



turbă, amestec format din părți de plante, mai mult sau mai puțin descompuse, și care sînt bogate în carbon. Nămolul de turbă, bogat în principii organice și anorganice, este mult folosit în terapeutică și se găsește în țara noastră la Vatra Dornei, Borsec, Geoagiu, 1 Mai Someșeni etc.

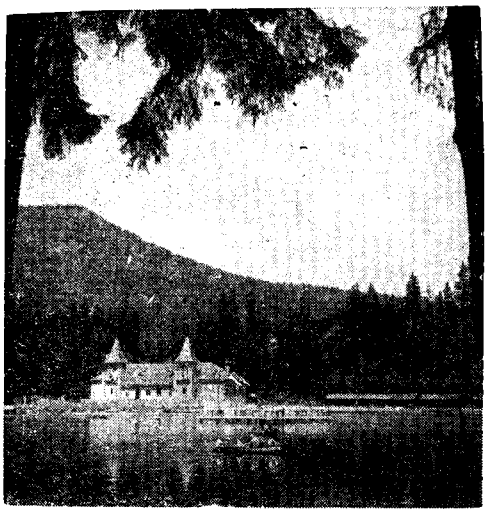
turism, excelentă formă de odihnă activă, reprezentînd unul din cele mai inteligente moduri de a petrece sfîrșitul de săptămînă și concediul de odihnă. Turismul oferă corpului un minunat prilej de a se căli, prin acțiunea binefăcătoare a factorilor naturali ai mediului extern, îmbinată cu mișcarea. La noi în țară, turismul a luat o extindere considerabilă în ultimii ani și se dezvoltă necontenit, ca o expresie a grijii statului nostru pentru sănătatea oamenilor muncii. Cei ce doresc să facă o excursie trebuie să nu uite că pregătirea cu grijă a acesteia este primul element care condiționează succesul. Mai întîi trebuie bine ales traseul, potrivit cu vîrsta și posibilitățile organismului, mai ales cînd lipsește antrenamentul. Încălțămintea trebuie să fie purtată (este periculos să pornim cu încălțăminte nouă la drum lung) și controlată riguros, să nu aibă cuie. Sacul va fi confecționat dintr-un material impermeabil și va avea curelele destul de late, ca să nu taie umerii. În sac nu se pune decît ceea ce este strict necesar, fără nimic de prisos, fiindcă la drum lung fiecare gram în plus purtat în spinare contează. Nu se recomandă ca greutatea sacului să depășească 16—20 kg la bărbat și 8—12 kg la femeie. A nu uita: pelerina de ploaie (oricît de frumoasă promite că va fi vremea), acul și ața, cîteva antinevralgice și ceea ce este necesar pentru aplicarea unui pansament curat. A nu uita, de asemenea, o pălăriuță și ochelarii colorați, cînd urmează a se merge mult timp în plin soare. Ca principii de alimentație: mai bine mai des și cîte puțin, de cît mult o dată. Mare atenție: nici o picătură de alcool la drum. Alcoolul nu dă putere, ci dimpotrivă fură din puterile drumețului, făcîndu-l să obosească mai repede, să suporte mai greu frigul și intemperiile. Ar fi bine să se reducă și fumatul în timpul excursiei. Nu se recomandă a pune în sac nimic din cele ce se găsesc la cabane, banii fiind mai ușor de transportat. Hrana caldă de la cabană este mai sănătoasă decît conserva din sac, care pe deasupra a mai fost și dusă în spinare. Ca alimente de luat la drum, cele mai bune sînt ciocolata, zahărul cubic și biscuiții, care sînt ușori și ajută la remontarea forțelor pe parcurs, în caz de nevoie. La locurile de popas, este necesar să se acorde corpului odihna și rația de somn la care are dreptul. Cei cărora le place să întîrzie noaptea, la cabană, în jurul sticlelor cu vin, nu mai pot pretinde că sînt adevărați turiști.

tușeu, explorare digitală a unor organe cavitare care nu pot fi examinate cu ochiul liber. Tușeul poate fi completat prin palpare cu mîna rămasă liberă, astfel încît părțile mai ușor deplasabile să fie cît mai mult apropiate de degetul explorator. Exemple: a) *Tușeul rectal* se efectuează, bolnavul fiind așezat în poziție genu-pectorală (în genunchi și sprijinit în mîini). Palparea se execută de către medic cu degetul arătător protejat de o mănușă de cauciuc, unsă cu vaselină sau glicerină, cercetînd mucoasa rectală (suplețe, temperatură, mobilitate, eventuale neregularități) și proeminența prostatei bărbaților în rect (volum, formă, consistență, sensibilitate). Este un mijloc de investigație util precizării diagnosticului unor boli, ca: hemoroizi interni, adenom de prostată) cancer rectal etc. Atunci cînd explorarea digitală a rectului dă date insuficiente, este necesar să se treacă la o explorare mai eficientă: rectoscopia, executată cu aparate special construite în acest scop, cu sisteme optice de viziune directă și cu posibilități de fotografiere și filmare a imaginilor. b) *Tușeul vaginal* la femei se execută tot de către medic. Este completat cu palparea abdomenului (tact vaginoabdominal) pentru a ușura palparea anumitor organe cu degetele exploratoare. Scopul acestei examinări este de a explora mucoasa vaginală, dimensiunile vaginului, colul uterin, uterul, precum și regiunile învecinate, pînă la reperele osoase abordabile cu mîna (pelvimetria internă la femeile însărcinate). Se efectuează pentru diagnosticul diferitelor afecțiuni genitale ale femeii (malformații congenitale, anexite, cancerul uterin) și la gravide, precizarea diagnosticului de sarcină și evoluția ei. Este extrem de util de practicat periodic în special la femeile trecute de 40 de ani, chiar dacă aparent nu acuză suferințe ale sferei genitale pentru descoperirea cît mai precoce a cancerului, în vederea unui tratament eficace.

Tușnad, stațiune balneo-climaterică, situată la o altitudine de 650 m, pe malul stîng al Oltului și străjuită de masivul Harghita. Climatul stațiunii este subalpin, reconfortant, ferit de vînturi. Stațiunea posedă izvoare minerale alcaline, carbogazoase sărate și feruginoase care sînt folosite în cura externă — în boli ale aparatului locomotor, circulator, genital feminin, în astenie, debilitate, iar în cura internă — în boli digestive, urinare, anemie, cloroză. În stațiune se află și o *mofetă* care degajează bioxid de carbon liber și care este folosită în boli circulatorii, reumatismale, de piele, de femei. Din stațiune se pot face excursii la Stînca Șoimilor, Stînca Turnurilor, Lacul Sf. Ana, muntele Puciosul etc.

tutun, plantă toxică cultivată azi pe suprafețe întinse ale globului. Frunzele acestei plante sînt utilizate de milioane de consumatori în țigarete sau sub forma țigărilor de foi și a tutunului de pipă. Tutunul exercită acțiunea sa vătămătoare prin alcaloidul numit nicotină, care este un toxic deosebit de puternic. Intoxicația cronică cu tutun poartă numele de tabagism, fiind extrem de răspîndită în întreaga lume. Nicotina influențează în sens negativ

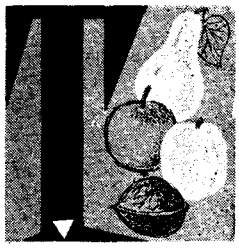
toate funcţiile vitale, toate organele, sistemele şi aparatele. Abuzul de tutun duce cu timpul la tulburarea funcţiilor digestive, respiratorii, circulatorii şi nervoase, făcînd să scadă capacitatea de muncă, memoria, puterea de concentrare, apetitul sexual. Cercetările ultimilor ani au dovedit în mod indiscutabil legătura directă care există între răspîndirea tot mai largă a fumatului şi creşterea numărului de cazuri de cancer bronhopulmonar în întreaga lume. Deşi mulţi fumători afirmă că abandonarea fumatului ar depăşi puterea voinţei omului, faptele atestă că în cazurile cînd medicul recomandă unui bolnav să renunţe radical şi definitiv la ţigări, deoarece altfel şi-ar primejdui viaţa, lăsatul de fumat reuşeşte totdeauna. Din moment ce este posibil, de ce să nu fie lăsat fumatul mai din vreme-



Tuşnad

Instalaţii de balneofizioterapie la Tuşnad.

pentru a preîntîmpina un moment neplăcut ca cel menţionat mai sus? Lăsatul de fumat nu aduce nici un rău organismului şi reprezintă în toate cazurile un cîştig pentru sănătate, cîştig care se poate cifra la cîţiva ani buni de viaţă în plus.

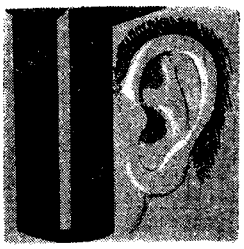


ţesut, formă de organizare a materiei vii, alcătuită din mai multe celule de acelaşi fel, care au origine şi dezvoltare asemănătoare şi o funcţie similară. Ţesuturile se împart în: a) *ţesut epitelial,* cu rol de acoperire a suprafeţei corpului sau a cavităţii unor organe (tub digestiv, căi respiratorii). Ţesuturile epiteliale sînt formate dintr-unul sau mai multe straturi de celule (epiteliu stratificat). Ca funcţie, unele epitelii au rol de apărare şi protecţie (pielea, epiteliul traheei şi bronhiilor). Altele au rol predominant în absorbţie, cum este epiteliul intestinului subţire. Alte epitelii conţin numeroase glande secretoare, care secretă diferite sucuri (salivă, suc gastric); b) *sîngele şi limfa,* ţesuturi cu caracter fluid, spre deosebire de toate celelalte ţesuturi care sînt solide (vezi sînge); c) *ţesuturi de susţinere şi legătură; ţesutul conjunctiv,* răspîndit printre toate organele, este alcătuit din diverse tipuri de celule conjunctive şi o substanţă intercelulară, bogată în fibre colagene, elastice etc. (ţesut elastic sau ţesut fibros). Uneori, celulele conjunctive au un caracter special, putînd îngloba grăsimile (*ţesut gras* sau *adipos*). Unele dintre celulele ţesutului conjunctiv sînt mobile, putînd migra către locurile în care apar corpi străini, infecţii etc. O altă formă de ţesut conjunctiv este *ţesutul cartilaginos,* format din celule speciale (*condrocite*), dispuse într-o substanţă intercelulară numită *condrină.* Ţesutul cartilaginos acoperă capetele osoase din articulaţii şi poate contribui la regenerarea osului. Ţesutul osos are o substanţă intercelulară numită *oseină,* îmbibată în săruri de calciu care îi dau o rezistenţă deosebită. Ţesutul osos este dispus sub formă de lamele concentrice, ca foile de ceapă, în jurul unor canale minuscule (canalele Havers) sau în jurul unor cavităţi mai mari fiind numit atunci ţesut osos spongios); d) *ţesut muscular,* din care sînt formaţi muşchii (vezi muşchi); e) *ţesut nervos,* format din neuroni şi nevroglii (vezi neuron). Aceste tipuri principale de ţesuturi prezintă particularităţi structurale legate de funcţia fiecărui organ în parte, fiind îmbinate între ele în proporţii diferite în fiecare organ al corpului. În cazul distrugerii unor ţesuturi (arsuri de piele) pot fi transplantate ţesuturi similare dintr-o altă regiune sănătoasă care prinzîndu-se pe locul transplantat pot regenera ţesutul distrus. Asemenea transplante de ţesuturi poartă numele de *grefe tisulare.* Savantul sovietic Filatov a demonstrat că dintr-o serie de ţesuturi, după o preparare specială, pot fi extrase substanţe cu caracter stimulant pentru organism în general, dacă sînt injectate, sau cu rol stimulant pentru ţesuturile din jur (de exemplu, cornee) în cazul în care este transplantat un fragment de ţesut special preparat. *Tratamentul* cu ţesuturi conservate este, aşadar, unul dintre mijloacele de care dispune terapeutica modernă.

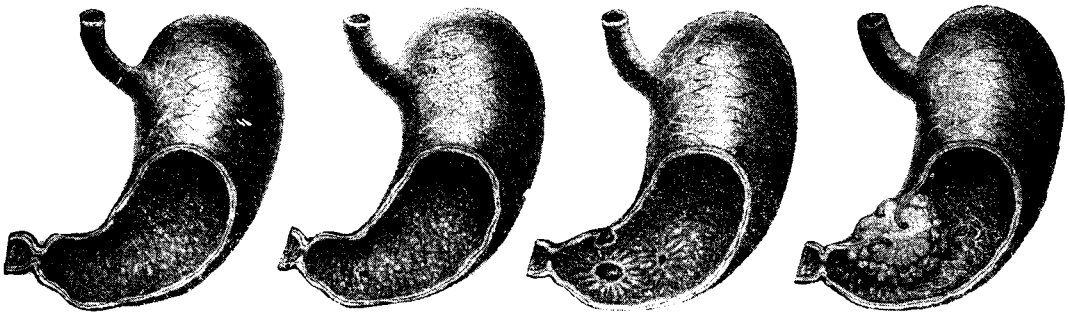
ţigări antiastmatice, preparate farmaceutice care imită ţigările, însă au o bună acţiune de calmare a crizelor de astm prin drogurile vegetale pe care le conţin. Sînt preparate din amestec de foi de beladonă, hiosciam şi stramoniu, la care se adaugă nitrat de sodiu, pentru a uşura arderea. Se aprind şi se fumează ca şi ţigările obişnuite, fumul inhalat avînd proprietăţi farmacodinamice (relaxează musculatura netedă a bronhiilor atunci cînd este cuprinsă de spasm, ca în cazul crizelor de astm pulmonar). Pot fi fumate şi între crize, pentru a le preveni. Se întrebuinţează numai de către bolnavi (cei ce ştiu să fumeze) şi se păstrează ferite de umezeală sau uscăciune prea mare.

ţînţar, insectă făcînd parte dintr-un ordin care cuprinde peste 20 de mii de specii. Ţînţarii îşi depun ouăle în ape stătătoare, uneori foarte mici (băltoace). Din ou ies larvele care trăiesc în apă, pe pămînt umed, în ţesăturile plantelor. Peste cîtva timp, larvele se transformă în pupe, din care ies apoi ţînţarii adulţi. Aceştia au corpul subţire şi aripile

lungi. Numai femela se hrăneşte cu sînge de om sau animale; masculul se hrăneşte cu sucuri vegetale (nectari). Unele specii de ţînţari trăiesc în contact strîns cu omul. Anumite specii sînt active ziua, altele atacă omul seara sau noaptea. În timpul înţepăturii, limfa ţînţarului ajunge pe piele, provocînd mîncărime, iritaţie şi formarea unor plăci urticariene. Ţînţarii sînt dăunători nu numai datorită însuşirilor toxice ale limfei lor, care pătrunde în organism în momentul înţepăturii, ci şi prin faptul că unele specii sînt vectori (transmiţători) de agenţi ai unor boli (friguri galbene, encefalita japoneză şi în special malaria). Ţînţarul transportor al malariei (anofel), spre deosebire de ţînţarul obişnuit, are poziţia corpului pronunţat oblică, pe aceeaşi linie cu trompa atunci cînd se aşază pe perete. Pentru a împiedica înmulţirea ţînţarilor, trebuie să-i distrugem pe cei care iernează în încăperi locuite şi nelocuite, ştergînd pereţii, afumînd încăperile cu fum sau pulverizîndu-le cu hexacloran; încăperile locuite se pulverizează cu DDT sau preparate de piretru. Larvele se distrug prin acoperirea apei cu un strat subţire de păcură sau prin pulverizarea suprafeţei apei cu insecticide remanente (DDT, hexacloran). Pentru a feri locuinţele de ţînţari trebuie să se acopere ferestrele cu plase şi să se închidă bine uşile.



ulcer, (boală ulceroasă), boală caracterizată printr-o inflamaţie a mucoasei stomacului şi duodenului (gastro-duodenită ulceroasă) care poate duce la constituirea unei leziuni (ulceraţia), de formă rotundă sau ovală, de dimensiuni variind de la 0,5 la 4 cm, avînd tendinţa de pătrundere în profunzime. Ulcerul gastric sau duodenal este o boală a adulţilor, între 20 şi 50 de ani; s-a constatat că aproape 10% din întreaga populaţie a globului suferă de această boală. Între cauzele bolii menţionăm abaterile dietetice îndelungate, surmenajul, tensiunea psihică, inflamaţiile locale, infecţiile nazo-faringiene, factorii endocrini. Aceste condiţii duc la o creştere a secreţiei gastrice de acid clorhidric şi pepsină, cu scăderea secreţiei de mucus capabil să apere mucoasa gastro-duodenală împotriva iritaţiilor. Boala ulceroasă, în forma ei obişnuită, se manifestă cu unele simptome destul de caracteristice pentru a putea fi uşor recunoscută. Durerea pe stomacul gol, foamea dureroasă, durerea tîrzie la 2–4 ore după masă şi durerea în timpul nopţii, liniştirea durerii prin administrarea de medicamente alcaline, cum ar fi bicarbonatul de sodiu, sînt caracteristice pentru ulcer. Alt semn timpuriu al bolii ulceroase este periodicitatea, adică gruparea durerilor şi a celorlalte manifestări ale bolii, ca: arsuri, rîgîieli, regurgitaţii acide, constipaţie, pe o perioadă de mai multe zile sau săptămîni, primăvara sau toamna. Aceste perioade dureroase sînt separate de epoci cînd bolnavul nu acuză nici o suferinţă, indiferent de regimul alimentar. De multe ori însă simptomele unui ulcer nu sînt atît de clare. Se mai recurge la examene complementare, ca de pildă analiza chimismului gastric, care arată aproape de regulă *hipersecreţie* şi *hiperaciditate*. La examenul radiologic, ulcerul apare sub forma unei nişe. Acest aspect este dat de pătrunderea substanţei de contrast (bariul) în interiorul ulceraţiei. Alteori se constată semne indirecte care traduc suferinţa organului într-o anumită porţiune; aceste semne sînt mai greu de interpretat. Evoluţia bolii este cronică; perioadele de linişte se pot prelungi ani de zile, uneori pînă la vindecare. Alteori însă se pot ivi complicaţii: perforaţie, stenoză sau hemoragii ulceroase, care constituie indicaţii riguroase pentru intervenţia chirurgicală. *Tratamentul* bolii ulceroase necomplicate are o recomandare profilactică privind respectarea unei igiene alimentare şi cruţarea sistemului nervos; mese la ore regulate, evitarea alimentelor iritante, viaţă



De la stînga la dreapta: mucoasă gastrică normală; hipertrofia mucoasei (gastrită); ulcer gastric; ulcer gastric malignizat (cancer)

ordonată în aşa fel ca perioadele de muncă să alterneze cu odihna, crearea unui mediu de viaţă şi de muncă adecvat, alături de ore rezervate relaxării (lecturi, spectacole, sport, plimbări în aer liber). *Tratamentul în criză* constă în repaus la pat, cel puţin trei săptămîni şi regim alimentar. Regimul cuprinde şi el cîteva reguli: se dau alimente uşor tolerate de stomac şi se evită alimentele iritante, cele care impun un efort de fărîmiţare din partea stomacului sau care stimulează secreţia lui acidă, ca de pildă: grăsimi prăjite, condimente, legume şi fructe crude, supe şi extracte de carne, rîntaşuri, alcool. Prînzurile vor fi dese şi mici, urmărindu-se ca stomacul să nu rămînă niciodată gol. Fumatul este suprimat. Cu privire la *tratamentul medicamentos*, care cuprinde sute de preparate, cele mai eficace s-au dovedit: alcalinele, nu însă singure, ci asociate în formule speciale (Calmogastrin, Pangastrin, Rother), pansamentele gastrice (bismut şi caolin), antispasticele (Papaverină, Scobutil, Probantin). *Tratamentul hidromineral* este foarte util, mai ales prin scoaterea bolnavului din mediul de viaţă obişnuit, repaus şi regim dietetic. Staţiunile de cură sînt: Slănic, Sîngeorz.

ulcerul gambei, dermatoză apărînd la gambe, în general la persoane suferind de tulburări de circulaţie (varice, periflebite, arterite), caracterizată prin formarea unei plăgi cu tendinţă foarte redusă la vindecare. Ulceraţia este adîncă, cu marginile tari şi secretă un lichid clar, amestecat uneori cu sînge sau cu puroi în cazul unei suprainfectări cu microbi banali (stafilococi etc.). În această din urmă situaţie, pielea dimprejur se roşeşte, rana devine mai dureroasă ca înainte şi are tendinţa să se mărească. Tratamentul ulcerelor de gambă este de lungă durată. Reuşita este condiţionată de vindecarea tulburărilor circulatorii care favorizează persistenţa ulceraţiei. Se recomandă ca aceşti bolnavi să poarte un ciorap elastic şi să menţină cît mai mult timp piciorul bolnav în stare de repaus, ridicat puţin deasupra poziţiei orizontale. Mersul nu dăunează atît, cît statul pe loc în picioare, cînd circulaţia în membrele inferioare este mult îngreunată.

ultrasonoterapie, aplicarea ultrasunetului în scopuri curative. Din punct de vedere fizic ultrasunetul are exact aceeaşi natură ca şi sunetul, care se poate însă auzi. Este vorba despre oscilaţiile mecanice ale particulelor unui mediu elastic (aer, apă, metal etc.) cu frecvenţa de la 450 000 pînă la 8 milioane pe secundă care nu pot fi recepţionate de urechea umană. În scopuri medicale se folosesc de cele mai multe ori frecvenţele de 800 000 — 1 milion oscilaţii pe secundă. La o astfel de frecvenţă oscilaţiile ultrasonice nu pot străbate nici chiar straturile cele mai subţiri de aer. De aceea la efectuarea procedurilor curative între suprafaţa activă a „capului de tratament" şi corpul pacientului trebuie să existe un anumit mediu intermediar lipsit de aer — ulei mineral, apă. În caz de acţionare asupra unor porţiuni mici ale corpului, acestea se ung cu ulei de vaselină şi apoi pe ele se apasă strîns suprafaţa activă a „capului" aparatului care se menţine în poziţie fixă. În cazul cînd se acţionează asupra unor suprafeţe mari, „capul de tratament" se deplasează încet prin mişcări alunecătoare pe suprafaţa pielii unsă cu ulei. Cînd ultrasunetele trebuie aplicate pe articulaţii mici sau porţiunile neregulate ale mîinilor sau picioarelor, ca mediu intermediar se foloseşte apa. Terapia cu razele ultrasonice se aplică în diversele afecţiuni inflamatorii ale articulaţiilor, în radiculite, leziuni traumatice ale ligamentelor şi muşchilor.

ultraviolete, radiaţii denumite încă şi chimice, din cauza puternicii lor acţiuni asupra ţesuturilor. Ele sînt electromagnetice cu o lungime de undă mai mică decît cea a razelor

Şedinţă de ultraviolete la Spitalul de copii „Emilia Irsa".

luminoase, fiind situate între 393 şi 100 miim de micron (1 micron = 1 miime de mm). În producerea acestor raze se folosesc pentru necesităţile terapeutice mai ales lămpile cu mercur metalic sau cu vapori de mercur, care sînt confecţionate din cuarţ şi nu din sticlă (ce nu lasă să treacă razele ultraviolete). Acţiunea ultravioletelor asupra organismului este foarte complexă. Cele mai importante

efecte ale aplicării razelor ultraviolete sînt eritemato-pigmentogeneza, folosită şi în terapeutică, şi transformarea ergosterinelor în vitamina D.

unde ultrascurte, unde de foarte înaltă frecvenţă folosite în terapeutică. Principiul acestei metode de tratament constă în faptul că o anumită parte a corpului pacientului se expune într-un cîmp electric între 2 plăci metalice izolate, care se conectează la o sursă de curent alternativ cu frecvenţă de circa 40 de milioane

Tratament cu ultrascurte.

oscilaţii pe secundă. În mecanismul de acţiune a terapiei cu raze ultrascurte asupra organismului, cele mai importante fenomene sînt procesele oscilatorii, aşa-zisul efectul oscilant. Tocmai prin aceasta se explică eficacitatea lor în degerături, afecţiuni inflamatoare acute, inclusiv cele purulente (furuncule, hidroadenite, mastite şi altele), pentru al căror tratament de obicei nu se pot aplica alte metode electroterapeutice. Terapia cu raze ultrascurte dă rezultate bune şi în formele incipiente ale endarteritei obliterante. Ele au şi un efect anestezic pronunţat: această însuşire se foloseşte la tratamentul afecţiunilor creierului şi măduvei. Terapia cu aceste raze este eficientă şi în tratamentul guturaiului, inflamaţiilor cavităţilor sinuzale ale nasului, bolilor inflamatoare ale urechii etc. Razele ultrascurte au avantajul că se pot aplica şi prin haine, bandaje de tifon şi gips, deoarece cîmpul electric trece prin acestea precum şi direct pe rănile deschise şi ulcere. Pentru obţinerea cîmpului electric de foarte înaltă frecvenţă se folosesc generatoare cu tuburi electronice. Acţiunea se dozează după senzaţiile subiective ale pacientului, după gradul de iluminare a lămpii de neon şi după indicaţiile aparatelor de pe tabloul de comandă.

unit dentar, aparat format dintr-un motor electric de şlefuit, la care se adaugă o serie de anexe, care creează condiţii optime pentru a putea executa un tratament corect stomatologic. Unitul conţine o scuipătoare cu aspirator de salivă, pompe cu aer comprimat, cauter electric, o lampă scialitică, un reflector bucal. Se mai adaugă şi o măsuţă pentru instrumentele curente, precum şi un fotoliu dublu telescopat. Pînă nu de mult, asemenea aparate perfecţionate se obţineau din import. În prezent, ca urmare a industrializării socialiste în ţara noastră se fabrică şi unituri dentare „Dentior", la Fabrica I.O.R. Aceste unituri dentare moderne au turaţii mari de turbină. Astfel de instalaţii se introduc în tot mai multe servicii de stomatologie, pentru ca randamentul de lucru să fie optim şi asistenţa stomatologică de masă să fie de calitate.

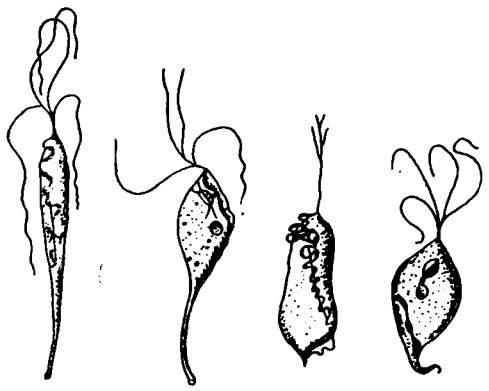
untură de peşte (ulei), grăsime uleioasă extrasă mai ales din ficatul de morun, cu un conţinut foarte bogat în vitaminele A şi D_2. Se utilizează pentru prevenirea rahitismului la copiii trecuţi de un an sau pentru completarea nevoilor de vitamină D necesare creşterii osoase şi perioadei de dentiţie. Se poate administra la gravide în ultimele luni de sarcină, cît şi pentru prevenirea rahitismului la copii şi a decalcificărilor la mamă (deformaţii osoase, carii dentare). Vitamina A este necesară funcţiei vederii, măreşte capacitatea de rezistenţă la infecţii, mai ales ale pielii şi mucoaselor. Ajută la creşterea oaselor şi are un efect în prevenirea anemiilor. Grăsimile din ficatul de morun sînt principii alimentare de înaltă valoare energetică şi metabolică. Deseori, administrarea uleiului de peşte este îngreunată la copii datorită mirosului şi gustului său specific de peşte. Acesta însă se poate corecta prin adăugarea de zeamă de lămîie sau portocale, sau prin incorporarea uleiului de peşte în mîncarea preferată a copilului.

urcior (hordeolum, orgelet), inflamaţie acută supurată a glandelor sebacee ale pleoapelor produsă de către stafilococ. Distingem: a) urciorul extern, care este o inflamaţie a glandelor sebacee Zeiss, situate la marginea pleoapelor, la nivelul genelor. Se manifestă printr-o umflătură localizată la marginea pleoapei, de dimensiunile unui bob de orz (hordeolum), însoţită de înroşirea ţesuturilor şi formarea unei colecţii purulente care se elimină, la exteriorul pleoapei, după 2 — 3 zile. Este foarte dureros în perioada de colectare şi se poate însoţi de o reacţie a ganglionilor preauriculari şi submaxilari, care sînt măriţi de volum; b) urciorul intern, care se datoreşte unei inflamaţii acute a glandelor Meibonnius, situate în grosimea scheletului cartilaginos al pleoapei. Umflătura ţesuturilor are loc mai spre mijlocul pleoapei, iar eliminarea colecţiei purulente se face spre interior, sub pleoapă. De multe ori, urciorul după vindecare favorizează apariţia altor urcioare (recidive). Ca tratament se recomandă aplicarea de comprese calde cu ceai de muşeţel pentru a favoriza colectarea, iar după ce s-a eliminat puroiul,

picături de sulfatiazol 10%, de trei ori pe zi. Pentru a preveni recidivele se recomandă injecții cu anatoxină stafilococică în doze progresive sau autovaccin.

uremie, sindrom clinic toxic care apare în insuficiența renală acută sau ca termen ultim al unei afecțiuni renale avansate. Azotul provenit din degradarea proteinelor este eliminat de rinichi în cea mai mare parte sub formă de uree (dar și de acid uric sau săruri de amoniu); cînd aceasta dintr-o insuficiență de funcționare renală este reținută în sînge peste limitele normale (0,50 g $^{0}/_{00}$) vorbim despre *azotemie.* Tulburările clinice grave, determinate de retenția în sînge și a altor compuși toxici, poartă denumirea de *uremie.* Bolnavul prezintă o paloare pămîntie a tegumentelor, cefalee puternică, grețuri și vărsături, oboseală care merge pînă la o stare de torpoare. Cu regim dietetic și tratament, fenomenele pot fi ameliorate. De cele mai multe ori însă, tulburările se intensifică, li se adaugă semne de suferință cardiovasculară, dispnee cu tulburarea ritmului respirator și pauze prelungite (vezi dispnee), insuficiența inimii stîngi, pericardită, hipertensiune arterială care conduc lent la starea de comă *uremică* (peste 4—5 g% uree sanguină). Bolnavul uremic va sta la pat fiind supravegheat îndeaproape pentru a surprinde din timp orice complicație sau agravare. Se administrează regim cu lichide zaharate abundente, glucoză, tonice cardiace.

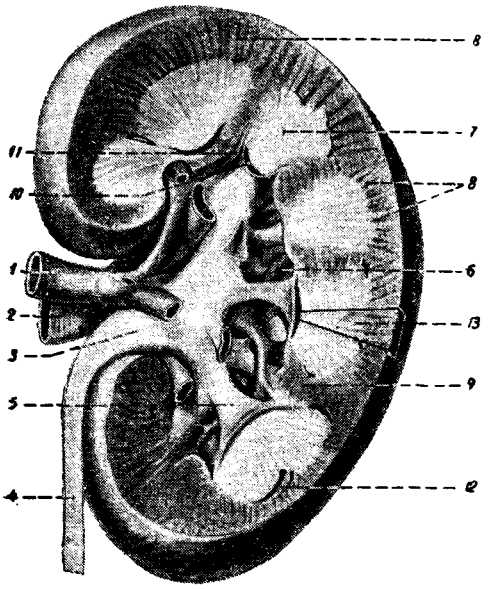
uretrite, îmbolnăviri purulente ale canalului urinar. Sînt produse de cele mai multe ori de gonococ (gonococie, uretrită blenoragică, scular) sau de microbi din grupa ultravirusurilor. Vom descrie mai pe larg uretrita gonococică sau blenoragia, ea fiind forma cea mai frecventă. Contaminarea se face aproape în totalitatea cazurilor direct de la om la om prin raporturi sexuale cu o persoană bolnavă, gonococul fiind un microb puțin rezistent în mediul extern. După o scurtă perioadă de incubație de 2—5 zile, lipsită de simptome, bolnavii de blenoragie încep să aibă usturimi la orificiul canalului urinar, mai ales în momentul urinării, și apoi observă apariția unei scurgeri purulente, de culoare gălbuie. Durerile și arsurile devin din ce în ce mai puternice și se resimt treptat pe întreg canalul. Cînd microbii au ajuns să îmbolnăvească și vezica urinară, apar simptome de cistită: urinări foarte dese cu cantități mici de urină, dureri și usturimi deasupra osului pubian. Examenul microscopic al unei picături de puroi arată prezența gonococului. Diagnosticată și tratată imediat după apariția ei, blenoragia nu este o boală periculoasă, însă neglijată, poate trece în stadiul cronic, mult mai greu de tratat, și poate da complicații foarte neplăcute pentru bolnav. Citățm astfel: uretrita cronică, orhita (îmbolnăvirea testiculilor, putînd duce la sterilitate) la bărbat și bartolinita (formarea unui abces în glanda Bartholin situată în grosimea buzelor mari) și inflamațiile blenoragice ale organelor genitale interne (metrite, anexite, salpingite, pelviperitonite) la femeie, care de multe ori sînt motive grave de suferință pentru tot restul vieții ele putîndu-se însoți, pe lîngă alte neplăceri, și de sterilitate. În afara gonococului, o serie de alți microbi pot provoca inflamații însoțite de scurgeri pe canalul urinar. Aceste uretrite provocate de ultravirusuri, de *Trichomonas vaginalis* etc. au un caracter mai puțin acut, apar de multe ori după o uretrită gonococică și sînt foarte rezistente la tratamentele obișnuite. Profilaxia uretritelor se realizează prin spălarea organelor genitale cu apă și săpun după contactul sexual, urmată de urinare și eventual de instilarea unei soluții antiseptice pe canal. Tratamentul uretritelor gonococice trebuie aplicat cît mai aproape de începutul bolii, fiecare zi de întîrziere avînd ca rezultat o rezistență mai mare a microbilor față de medicamentele folosite. *Tratamentul* se face cu antibiotice și cu sulfamide, dar trebuie prescris și executat într-o instituție sanitară deoarece un tratament condus greșit nu vindecă definitiv boala, ci o face să dispară pentru moment ea reapărînd apoi sub formă cronică, mult mai greu de vindecat. În țara noastră, în cazurile de uretrite, organele sanitare practică o anchetă epidemiologică fiecărui bolnav pentru a descoperi izvorul său de imbolnăvire și alți contacți îmbolnăviți pe care, supunîndu-i la tratament, îi vindecă, împiedicînd în acest fel răspîndirea bolii.



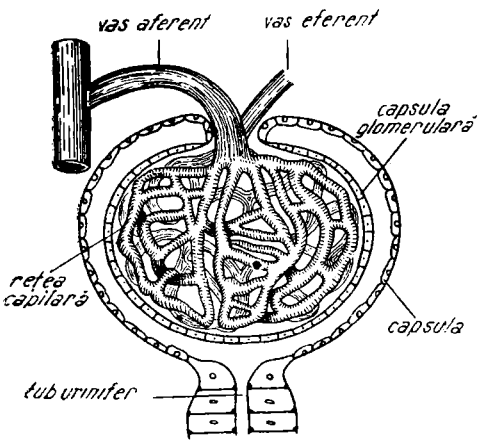
Trichomonas vaginalis.

urinar (aparatul), îndepărtează din organism o serie de substanțe nefolositoare, pe care le elimină prin urină. Aparatul urinar se compune din: 1) doi rinichi, glande cu o construcție specială, în care se filtrează sîngele și se fabrică urina; 2) uretere, două tuburi prin care se scurge urina secretată de rinichi; 3) vezica urinară, un rezervor în care se adună urina ce vine prin uretere; 4) uretra, canalul

prin care se elimină în afară urina colectată în vezica urinară. *Rinichii*, în număr de 2, sînt aşezaţi pe peretele posterior al abdomenului, în vecinătatea ultimei vertebre toracale şi a primelor două vertebre lombare. Ei acoperă astfel faţa anterioară a coastei

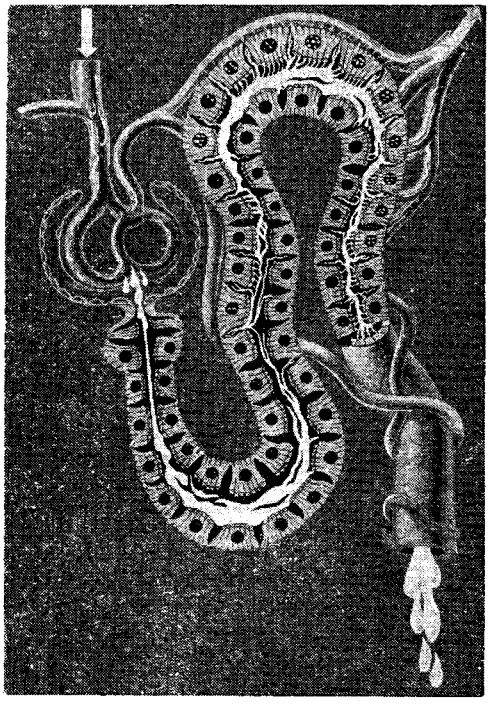


Secţiune printr-un rinichi. *1* — artera renală; *2* — vena renală; *3* — bazinetul; *4* — ureterul; *5* — calice; *6* — sinul renal; *7* — piramidă Malpighi; *8* — piramide Ferrein; *9* — coloană Bertin; *10* — papilă; *11*, *12* — ramuri arteriale.



Glomerul renal.

a XI-a şi a XII-a. Au forma unui bob de fasole şi sînt astfel aşezaţi, încît se privesc prin porţiunea lor scobită. Prin porţiunea scobită a rinichiului (numită hilul renal), pătrunde, în interiorul glandei, artera renală, ramură din aortă, şi iese vena în renală, care se varsă direct în vena cavă inferioară. Dacă se secţionează un rinichi, se constată că este compus din două zone bine distincte: la periferie se află *substanţa corticală*, care este străbătută de vase foarte fine, formînd numeroase ghemuri (glomerulii renali Malpighi). Aceste ghemuri vasculare sînt îmbrăcate într-o capsulă cu pereţii dubli (capsula Şumleanski-Bowman); glomerulii se continuă apoi cu un tub ondulat (tubul contort proximal) şi apoi cu un tub care formează o buclă asemănătoare cu litera U (ansa Henle). Ansa Henle se continuă cu tubul



Elaborarea urinii (schematic). Prin glomerul (stînga) se filtrează zilnic o mare cantitate de lichid. Prin tubii uriniferi se face ulterior o absorbţie selectivă.

contort distal ce se deschide în tubul colector (Bellini), care se uneşte cu tubii colectori veniţi de la alţi glomeruli. Aceste tuburi, împreună cu glomerulii lor, formează unitatea funcţională a rinichiului, nefronul. *Substanţa medulară* ocupă partea centrală a rinichiului, începînd imediat sub zona corticală. Ea este formată din 16—20 de piramide, care privesc cu vîrful către hil şi cu baza către corticală. Piramidele sînt străbătute de tuburile colectoare, care se varsă unul în altul, convergînd astfel spre vîrful piramidei, care proemină în cavitatea sinusului renal şi se numeşte papilă. Papilele sînt în număr de 14 pentru fiecare rinichi. Papilele sînt ciuruite la vîrf, orificiile acestea fiind deschiderile tuburilor

excretoare, prin care se scurge urina filtrată de glomerul. Pe papilele renale, în fundul sinusului renal se inseră o serie de tuburi membranoase, numite calice; acestea converg, formînd un fel de pîlnie, cu pereţi subţiri, numită bazinet. Bazinetul este un mic rezervor, care adună urina şi o lasă apoi să se scurgă în ureter. *Ureterele* sînt două tuburi cilindrice musculoase, cîte unul de fiecare rinichi, care încep la nivelul bazinetului şi se termină în vezica urinară. Lungimea lor este de cca. 30 cm. Ele merg lipite pe muşchii ce formează peretele posterior al abdomenului şi sînt acoperite de peritoneul ce căptuşeşte faţa posterioară a abdomenului. *Vezica urinară.* Este un rezervor aşezat în partea de jos a bazinului, înapoia oaselor pubiene şi a articulaţiei lor (simfiza pubiană). Are o capacitate de 250—300 g. Peretele vezicii este gros şi format din 3 straturi: la exterior un strat musculos puternic, care prin contracţia lui goleşte vezica; sub tunica musculară se află stratul submucos, iar în interior, vezica este căptuşită de o mucoasă încreţită. Ureterele se deschid pe peretele posterior al vezicii, iar uretra, conductul prin care vezica se goleşte la exterior, începe în partea de jos a vezicii. Aici, fibrele musculare ale vezicii se îngroaşă şi formează un adevărat sfincter, care permite golirea ritmică a rezervorului vezical. *Uretra.* Este conductul prin care se scurge în afară urina adunată în vezică. Ea diferă ca lungime şi alcătuire la bărbat şi femeie. În timp ce la femeie uretra are numai 3—4 cm lungime şi este aproape dreaptă, la bărbat, uretra este mai lungă (18—22 cm). Ea străbate, la bărbat, glanda prostatică (uretra prostatică). Aici se deschid canalele ejaculatoare, prin care vine sperma. A doua porţiune este reprezentată de uretra membranoasă, iar a treia porţiune (uretra cavernoasă) este cea mai lungă şi trece în lungul corpului cavernos al penisului. Uretra este căptuşită de o mucoasă, în care se găsesc numeroase glande, iar orificiul prin care se deschide uretra la exterior se numeşte orificiul extern al uretrei.

urină, produsul ultim al activităţii renale. Făcînd analiza ei, putem aprecia funcţia rinichilor. Caracterele urinii normale sînt, pe scurt, următoarele: a) *volumul în 24 de ore*: 1 200—1 500 ml. Acest volum poate varia şi la oamenii normali, în legătură cu ingestia de apă. Astfel, un individ care ingeră lichide puţine va avea un volum urinar scăzut şi invers. În ambele cazuri însă, la omul normal, eliminarea de uree şi săruri minerale este aceeaşi. Creşterea eliminării de urină se numeşte *poliurie*, iar scăderea eliminării ei poartă numele de *oligurie.* În anumite cazuri, poliuria poate atinge valori mari: astfel, în diabet, cantitatea de urină eliminată în 24 de ore poate fi de 10—15 l. Eliminarea urinii se face diferit ziua şi noaptea. În timpul zilei se elimina aproape 3/4 din totalul pe 24 de ore. De asemenea, după o ingestie rapidă de 1—1,5 l apă, un om normal elimină în primele 2 ore peste 1/2 din apa ingerată. Cealaltă jumătate se elimină în timp de mai multe ore. Persoanele care transpiră abundent (bolnavii cu febră mare) sau cele cu diaree prelungită prezintă oligurie, deoarece prin transpiraţie şi scaune diareice ele elimină o mare cantitate de apă, care altfel s-ar fi eliminat prin rinichi; b) *densitatea urinii*: este mai mare de cît a apei datorită substanţelor dizolvate în ea. Densitatea normală a urinii este 1 015—1 020, iar a apei de 1 000. Aceasta înseamnă că greutatea a 1 litru urină este mai mare de cît a 1 litru apă. Întrucît densitatea urinii depinde de substanţele conţinute, măsurînd valoarea ei putem aprecia dacă urina analizată are o compoziţie normală sau anormală. Urinile concentrate au densitatea crescută, iar cele diluate au densitatea scăzută. Densitatea urinii se măsoară cu un aparat numit *urodensimetru*; c) *culoarea urinii*: este de obicei galbenă-deschis datorită unui pigment (substanţă colorantă) numit urobilină. Urina veche se închide la culoare. Cînd conţine multă albumină sau puroi, urina este tulbure. Cînd conţine sînge, culoarea este roşie, asemănătoare cu zeama de carne. În urma unor tratamente cu substanţe colorate (de exemplu, cu albastru de metilen), care se elimină prin rinichi, urina îşi poate modifica culoarea (în cazul albastrului de metilen, culoarea urinii devine verzuie-albastră). Cînd urina este diluată, culoarea ei este deschisă. Urinile concentrate sînt mai închise la culoare din cauză că pigmentul este şi el mai concentrat. Din acest motiv, la bolnavii cu febră mare, care prezintă oligurie, culoarea urinii este închisă; d) *compoziţia urinii*: apă 95% şi 5% substanţe organice (uree, acid uric) şi anorganice (săruri minerale, ca fosfaţi, uraţi, carbonaţi), pigmenţi (urobilinogen, urobilină), celule descuamate din pereţii căilor urinare. Urina normală nu conţine glucoză şi albumină. Aceste substanţe pot apărea în cazul anumitor boli, alături de alte elemente, eritrocite, microbi. Centrifugînd urina, se constată la fundul eprubetei un depozit de substanţe numit *sediment urinar.* Analizat la microscop, acest sediment apare format din celule descuamate, rare leucocite şi cristale ale sărurilor minerale care au precipitat după eliminarea lor din rinichi. În bolile aparatului urinar apar în sediment şi eritrocite, microbi şi cilindri urinari, formaţi din îngrămădiri de celule, eritrocite, leucocite şi săruri minerale precipitate; e) *acţiunea toxică* şi iritantă a urinii: urina injectată în sîngele unui animal are o acţiune toxică care îl poate omorî. Rămasă pe pielea unui bolnav mai multă vreme produce o iritaţie şi chiar leziuni mai mari ale acesteia. Cunoscînd efectul iritant al urinii, se înţelege importanţa unei toalete riguroase a bolnavilor care nu

își pot controla eliminările de urină, sau a nouă-născuților care-și murdăresc scutecele. Reglarea formării urinii: la formarea urinii contribuie mai mulți factori, care acționează fie asupra filtrării glomerulare, fie asupra resorbției tubulare. a) *Sîngele*: creșterea presiunii sîngelui în capilarele glomerulare, scăderea presiunii osmotice a sîngelui, creșterea glucozei sanguine și unele substanțe numite „diuretice" cresc diureza, adică producerea de urină. Condiții opuse scad diureza. b) *Sistemul nervos*: cu toate că un rinichi căruia i s-au întrerupt toate legăturile nervoase continuă să funcționeze, totuși sistemul nervos poate modifica diureza, adaptînd-o nevoilor organismului. Prin nervii simpatici și parasimpatici sînt controlate irigația rinichiului și presiunea sîngelui din capilarele glomerulare. Cu ajutorul formării de reflexe condiționate s-a văzut că și scoarța cerebrală poate influența funcția renală. c) *Glandele endocrine*: *hipofiza* produce un hormon care împiedică diureza, *tiroida* favorizează diureza, iar *pancreasul*, prin hormonul numit *insulină*, reglînd cantitatea de glucoză din sînge, influențează indirect formarea urinii; *glanda suprarenală* reglează metabolismul apei, prin anumiți hormoni produși de partea ei corticală.

urocultură, analiză bacteriologică de punere în evidență a unor eventuali microbi în urină, în diferite boli infecțioase ale aparatului urinar (cistită — infecții ale vezicii urinare; nefrită — infecție a rinichilor) sau ale întregului organism (febră tifoidă). Recoltarea urinii de la bărbat se face de obicei fără sondă, după toaleta glandului cu apă și săpun, iar de la femeie, cu sondă sterilă, după o toaletă minuțioasă locală. Urina se recoltează în recipiente sterile (eprubete sau baloane de sticlă) și se trimite fără întîrziere laboratorului de specialitate. Aici urina se cultivă pe medii speciale la o temperatură constantă, favorabilă dezvoltării microorganismelor (37°), după o prealabilă centrifugare pentru concentrarea microbilor într-un volum mai mic de urină. Dacă pe mediile însămînțate nu se dezvoltă colonii de microbi, urocultura este sterilă, cauza bolii trebuind să fie căutată în altă parte. În cazul în care urocultura este pozitivă, adică urina conține microbi, laboratorul determină felul acestor microbi și stabilește prin antibiogramă sensibilitatea lor la antibiotice. Pe baza acestor rezultate, medicul curant efectuează tratamentul cu antibioticele cele mai active, putînd cere efectuarea mai multor uroculturi pentru urmărirea eficienței tratamentului aplicat, pînă la sterilizarea urinii. Deoarece regiunile de recoltare a urinii sînt în mod obișnuit foarte populate cu microbi, în special la femeie, multe uroculturi pot apărea fals-pozitive, în care caz este necesară o numărare a germenilor pe ml de cultură (urocultură cantitativă). În acest caz, însămînțarea urinii la laborator se face fără centrifugare prealabilă și prin numărarea coloniilor crescute se determină dacă urocultura trebuie considerată negativă (pînă la un anumit număr de microbi pe ml) sau pozitivă (de la anumite cifre în sus, limitele fiind stabilite prin date statistice și mai ales în funcție de intensitatea caracterelor manifeste ale bolii pacientului. Microbii mai des întîlniți în uroculturi sînt colibacilii și proteusul.

urticarie, dermatoză de sensibilizare, caracterizată prin apariția unor ridicături ale pielii (papule), de dimensiuni variabile. La scurtă vreme după consumarea unor alimente pe care bolnavul respectiv nu le suportă sau după atingerea de anumite substanțe la care este sensibil, pe piele apar papule urticariene asemănătoare cu urma pe care o lasă atingerea de o urzică. Papulele se pot uni în placarde, cuprinzînd regiuni mai întinse, spre exemplu întreaga buză superioară. Ele au o durată scurtă, de la cîteva minute, pînă la cîteva ore, provoacă mîncărimi intense și dispar apoi fără a lăsa nici o urmă. Alte papule pot apărea însă între timp în alte regiuni. Astfel de leziuni se pot forma și pe laringe (însoțite uneori de fenomene de sufocare) sau în alte organe, dînd tulburări variate. *Tratamentul* comportă evitarea alimentelor sau substanțelor vinovate de sensibilizarea pielii, calmante ale sistemului nervos care joacă un rol important în apariția fenomenelor și medicamente desensibilizante (vitamină C, calciu, hiposulfit de sodiu și alergan sau alte antihistaminice de sinteză).

vaccinarea, introducerea în organismul uman sau animal a unui anumit vaccin, după o tehnică deosebită pentru fiecare vaccin în parte, în scopul declanşării în organismul respectiv a fabricării de anticorpi faţă de antigenul conţinut în vaccinul introdus. La om, vaccinarea se face profilactic, la sănătoşi, cu scopul imunizării organismului faţă de o anumită boală contagioasă (de exemplu, vaccinarea antitetanică, antitifică, antivariolică, antigripală, antiexantematică, antidifterică, antipoliomielitică). În două împrejurări, vaccinarea se face la om în perioada de incubaţie a bolii respective, adică după ce agentul patogen al bolii a pătruns în organism, dar înainte ca semnele bolii să apară: la oamenii muşcaţi de cîini turbaţi sau suspecţi de turbare (vaccinarea antirabică) şi la contacţii de variolă (vaccinarea antivariolică): în ambele cazuri, timpul de formare a anticorpilor după vaccinare este mai scurt de cît incubaţia bolii, astfel că organismul devine imun înainte de debutul bolii, cu condiţia ca vaccinarea să se facă imediat după infectare. În cazuri mai rare, vaccinarea se face la om în scop curativ, la bolnavi de anumite boli infecto-contagioase (bruceloză). La animale, vaccinarea se face la fel în scop profilactic, pentru a le imuniza faţă de anumite boli contagioase (vaccinarea antirabică la cîini sănătoşi, vaccinări la găini pentru profilaxia pestei aviare). În laboratoarele de seruri, animale sănătoase sînt vaccinate cu anumite vaccinuri, după care li se recoltează sînge, din care se separă serul, bogat în anticorpi, pentru a fi utilizat ca ser imun în tratamentul anumitor boli infecto-contagioase. Astfel se prepară pe cal serul antitetanic, antidifteric, antigangrenos etc. Vaccinările obligatorii prin lege în ţara noastră sînt: vaccinarea antivariolică, vaccinarea antituberculoasă, vaccinarea antidifterică, vaccinarea antitifică, vaccinarea antipoliomielitică. Vaccinarea antivariolică se face cu o suspensie de virus vaccinal (virusul vaccinal este un virus deosebit de virusul variolic care la vaci dă boala numită vaccină). Aceasta imunizează organismul şi împotriva variolei. Vaccinarea se face sub 1 an, apoi rapelul la 7 ani şi 20 de ani. Vaccinarea se face depunînd pe pielea scarificată o picătură

Vaccinare antitetanică.

Vaccinare antipoliomielitică.

de vaccin. La locul vaccinării se produc după cîteva zile o roşeaţă apoi o băşică plină cu un lichid tulbure (pustulă), care apoi face o coajă (crustă). După căderea ei rămîne o cicatrice toată viaţa. Vaccinarea antituberculoasă se face la nou-născuţi între a 6-a şi a 30-a zi de la naştere. La copii, adolescenţi, adulţi, se face numai dacă intradermoreacţia la tuberculină este negativă. Vaccinarea se face cu vaccinul B.C.G. (vezi. B.C.G.) administrat pe gură sau mai des introdus cu un aparat special prin piele, prin înţepături multiple intradermice. Vaccinarea antidifterică se face cu anatoxină difterică, un vaccin care conţine toxină difterică detoxifiată, adică tratată astfel încît şi-a pierdut puterea toxică, dar şi-a păstrat proprietatea antigenică (de a declanşa anticorpi antitoxici în organism). Anatoxina difterică utilizată azi este purificată şi adsorbită pe fosfat de aluminiu; vaccinarea se face între vîrsta de 3 şi 12 luni, injectîndu-se 0,5 ml intramuscular, şi peste 30 de zile încă o injecţie de 0,5 ml. Primul rapel se face la 6—9 luni de la vaccinare, al doilea rapel la 18—24 de luni de la primul rapel, iar al treilea rapel la vîrsta de 7 ani. Vaccinarea antitifică se face în profilaxia febrei tifoide, cu vaccinul numit T.A.B., care conţine o suspensie de bacili tifici, bacili paratifici A şi paratifici B omorîţi prin încălzire. Vaccinarea se face între 11 şi 50 de ani, prin 3 injecţii subcutanate la interval de 7—10 zile. Primul rapel se face după un an prin 2 injecţii de vaccin la interval de 7 — 10 zile, al doilea rapel se face după un an de la primul printr-o singură injecţie de vaccin. Vaccinarea antipoliomielitică se face în profilaxia poliomielitei, utilizîndu-se astăzi administrarea pe gură a vaccinului care conţine virus poliomielitic viu, dar atenuat, de tip I, II şi III. Vaccinarea antipertussis se foloseşte în profilaxia tusei convulsive; vaccinul folosit conţine o suspensie a microbului care produce tusea convulsivă (în prealabil omorît). Vaccinarea se face la copii începînd de la vîrsta de 3 luni prin 3 injecţii la o lună interval. Rapelul se face după un an şi la vîrsta de 7 ani. Vaccinarea antitetanică este obligatorie în ţara noastră numai în unele raioane şi se face la orice vîrstă prin 3 injecţii subcutanate cu anatoxină tetanică, la interval de 30 de zile una de alta. Rapelul se face după un an printr-o singură injecţie şi după 5 ani. Se utilizează în ultimii ani vaccinuri asociate: trivaccinul diftero-tetano-pertussis, bivaccinul diftero-tetanic. Alte vaccinuri utilizate: vaccinul antibrucelos, folosit în tratamentul brucelozei cronice; vaccinul antiholeric, folosit în profilaxia holerei; vaccinul antirabic folosit în profilaxia rabiei, vaccinul antistafilococic, folosit în tratamentul unor infecţii stafilococice; vaccinul antigripal; vaccinul anti-exantematic; vaccinul antipestos folosit în profilaxia ciumei.

vaginism, sensibilitatea crescută, patologică a organelor genitale externe ale femeii, manifestată prin contractarea spasmodică dureroasă a sfincterului vulvo-vaginal şi al ridicătorilor anali, contractare care face actul sexual imposibil. În cazuri grave, pînă şi examenul ginecologic este greu de efectuat. Crizele pot fi scurte sau de lungă durată şi sînt declanşate de tentativa unui raport sexual. Uneori, contracţia spastică se instalează numai la gîndul durerii posibile, creînd astfel oroare faţă de actul sexual. Dacă vaginismul se declanşează în timpul actului sexual, penisul poate fi prins atît de puternic, încît nu mai poate fi scos (penis captiv). *Tratamentul* constă în vindecarea eventualelor leziuni vaginale, balneoterapie, dilatarea progresivă a vaginului şi psihoterapie.

vaginită (colpită), inflamaţie a vaginului, de obicei însoţită şi de inflamaţia vulvei (vulvo-vaginită). Cauza este infecţioasă şi se datoreşte fie germenilor banali, fie gonococului parazitului *Trichomonas* sau ciupercilor *Oidium* sau *Candida albicans.* Formele clinice variază după germenul care le produce. În general se manifestă prin usturime, dureri ale vaginului intensificate de micţiune (urinare) şi de raporturile sexuale. Uneori se instalează şi pruritul vulvar. *Tratamentul* este în funcţie de germenul care a produs infecţia şi se execută numai la indicaţia medicului. Întrebuinţarea de unguente şi medicamente în irigaţii vaginale sau a antibioticelor fără indicaţie precisă poate agrava boala şi produce complicaţii. În timpul tratamentului este obligatorie abstinenţa sexuală. Pentru prevenirea vaginitei se cere o riguroasă respectare a regulilor de igienă genitală şi sexuală.

valvulă, îndoitură a endoteliului cardiac sau vascular, a cărui rol este de a împiedica întoarcerea sîngelui prin organul sau vasul respectiv. În inimă, în dreptul orificiilor atrio-ventriculare, există asemenea valvule cu rol de a astupa ritmic aceste orificii (vezi inimă şi circulaţie). La originea aortei şi arterei pulmonare, în venele extremităţilor şi de-a lungul vaselor limfatice, există de asemenea valvule. Insuficienţa acestor valvule are drept consecinţă tulburări circulatoare care se pot traduce prin apariţia unor sufluri cardiace (vezi inimă), iar în cazul vaselor prin modificări de puls (vezi puls) sau apariţia varicelor la membrele inferioare.

varice, dilataţie şi alungire a venelor. Pot fi secundare, datorită unei tulburări a circulaţiei de întoarcere, cauzată fie de o compresiune pe traiectul unei vene principale (tumoare abdomino-pelviană), fie de o obstruare a venelor profunde prin tromboflebită sau primitive, care sînt cele mai frecvente şi care reprezintă manifestarea locală, la nivelul membrelor inferioare, a unei boli care interesează întregul organism. Varicele primitive apar între 20 şi 40 de ani, fiind mai frecvente la

femei. Printre factorii externi, unul dintre cei mai importanți este profesiunea care obligă să se stea mult în picioare (ospătari, frizeri, bucătari). Ca factori interni: tulburările endocrine, sarcina etc. Dilatațiile apar la nivelul sistemului venos superficial, cel mai frecvent pe safena internă, mai rar pe safena laterală. Dilatarea este inegală și neregulată, vena devine flexuoasă și astfel se formează pachetele varicoase. Pentru apariția varicelor sînt necesare două cauze: o tulburare generală în troficitatea și metabolismul țesuturilor care duce la o insuficiență funcțională a sistemului venos și cauze hemodinamice care țin de stază în sistemul venos și insuficiență a musculaturii. Aceasta ne explică de ce varicele apar la membrele inferioare și pe venele superficiale. La început, singurul fenomen patologic constă într-o stagnare a sîngelui în vena dilatată cînd bolnavul stă în picioare. Cînd traiectul venei este mai lung și cînd valvulele venelor devin insuficiente, sîngele nu numai că stagnează în poziție verticală, dar și recade de sus în jos, producîndu-se un curent retrograd, spre gambă, de unde revine în profunzime prin venele comunicante, adică venele care leagă venele superficiale cu cele profunde. Presiunea crescută din venele varicoase produce reflexe patologice care determină apariția tulburărilor trofice: edem, dermatite, ulcere. Boala varicoasă are o evoluție cronică, producînd, în ani de zile și insuficiența sistemului venos profund, ce determină apariția edemului (la început numai în timpul zilei, mai tîrziu persistînd și noaptea), precum și apariția dermatitei, a celulitei acute sau cronice, a ulcerului trofic. În cursul evoluției se mai pot produce rupturi de varice și tromboze varicoase. Posibilitățile de tratament sînt în funcție de stadiul evolutiv al bolii varicoase. Profilaxia varicelor constă în prevenirea lor acolo unde există predispoziție la această boală. Se vor combate factorii care ridică presiunea venoasă la nivelul membrelor inferioare. Vor trebui evitate staționarea în picioare și nemișcarea. Varicoșii vor purta un bandaj compresiv, ciorapi elastici, pentru a suporta poziția verticală un timp mai îndelungat. Eforturile musculare produc o creștere a presiunii venoase. De aceea, varicoșilor le sînt interzise muncile fizice grele. Tusea, constipația, obezitatea, măresc de asemenea presiunea venoasă și deci vor fi combătute. În privința sporturilor, singurele permise sînt cele care se practică în poziție orizontală sau șezîndă. Înotul reprezintă sportul cel mai potrivit și poate fi considerat ca o adevărată metodă de tratament, căci mișcările se fac în orizontală și apa exercită o compresiune asupra tegumentelor. De asemenea se pot practica canotajul și ciclismul. *Tratamentul curativ* are ca scop suprimarea tuturor venelor varicoase chirurgical și prin injecții sclerozante, acestea din urmă reprezentînd însă numai un tratament complementar.

varicelă, boală infecțioasă acută care afectează în general copiii pînă la 10 ani (în special în primii 4 ani ai vieții). Varicela conferă imunitate pentru toată viața. Agentul patogen este un virus filtrabil, care se transmite pe cale aerogenă. Același virus la adulți provoacă *zona zoster.* Singura sursă de infecție este omul bolnav. Infecția se poate transmite și prin curentul de aer ieșit din camera în care se găsește bolnavul. De obicei, varicela nu se transmite persoanelor care înconjură bolnavul sau prin intermediul obiectelor, deoarece virusul varicelei moare repede în afara organismului uman. *Incubația* durează 2-3 săptămîni. *Invazia* se manifestă cu febră și apariția concomitentă, în diferite regiuni ale pielii (cap, trunchi, față mai rar pe mîini și pe picioare) și pe mucoasa bucală, a unei erupții ce se prezintă sub formă de pete (macule), mici, roșii, răspîndite, care în decurs de cîteva ore capătă relief (papule) și se transformă în vezicule cu conținut limpede. *Perioada de stare.* După cîteva zile, veziculele se usucă, formîndu-se o crustă subțire care cade ulterior fără să lase cicatrice. Uscarea veziculelor se însoțește de mîncărimi moderate. Erupția apare în salturi, în cîteva reprize; fiecare repriză este însoțită de un nou puseu febril. Astfel, pe corpul bolnavului se găsesc concomitent macule, papule, vezicule și cruste. Boala evoluează ușor la copiii voinici; la cei slăbiți, rahitici, la cei alimentați artificial etc., boala decurge mai grav și poate duce la complicații. *Tratament*: copilul bolnav de varicelă nu necesită un tratament deosebit. El trebuie menținut în curățenie, pentru a se evita infecția secundară în urma scărpinatului sau a îndepărtării întîmplătoare a crustelor. În primele zile de boală sînt necesare repaus la pat, camera bine aerisită și dereticată. Trebuie interzis scărpinatul. De aceea, copilului i se taie unghiile, iar mîncărimea se calmează prin frecții cu apă și oțet, alcool, pudraj cu talc cu anestezină și mentol, sau cu talc și oxid de zinc. În cazul cînd erupția apare și pe mucoasa bucală, se prescrie gargară, în conformitate cu indicațiile medicului. *Profilaxie*: deoarece contagiozitatea varicelei este foarte mare, copilul trebuie să fie izolat, iar contactul cu alți copii, complet interzis. Copilul bolnav este contagios 2 zile înainte de apariția erupției și pînă la terminarea descuamării crustelor. Contagiozitatea maximă este în primele 5 zile de boală. Ori de cîte ori un copil este suspect de varicelă, medicul va fi chemat obligatoriu acasă de la policlinica de copii. Copilul care n-a fost bolnav de varicelă, dar a venit în contact cu un bolnav nu va frecventa instituțiile de copii timp de 21 de zile din momentul contactului (adică tot timpul perioadei de incubație). Dacă data contactului este cunoscută precis, copilul res-

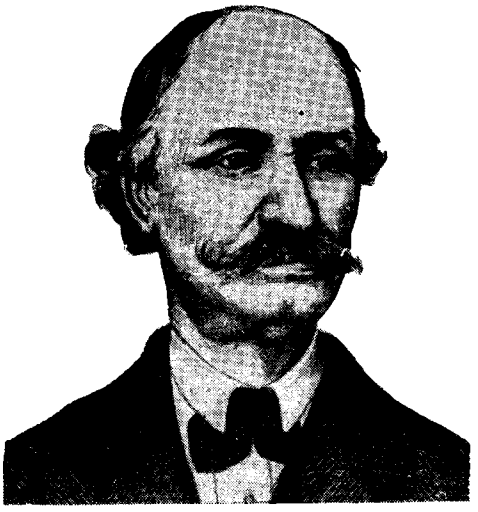
pectiv este exclus din colectivitate numai între ziua a 11-a şi a 21-a de la contact, deoarece în primele 10 zile de la contact, infecţia nu se transmite. Copiii care prezintă complicaţii vor fi internaţi în spitalul de boli contagioase. Declararea bolii este obligatorie. Internarea este facultativă.

varicocel, dilataţie a venelor spermatice. Se observă mai frecvent în partea stîngă, fiind datorit condiţiilor mecanice locale, venele spermatice vărsîndu-se, după un traiect lung, în vena renală. Poate fi secundar unei tumori renale, care comprimă venele spermatice. În varicocelul primitiv incipient, tratamentul este conservator şi constă în purtarea unui suspensor, care, menţinînd testiculul ridicat, înlătură una din cauzele stazei venoase. Cînd venele devin flexuoase şi dilatate, tulburările de circulaţie pot determina hipotrofie testiculară. În aceste cazuri se recomandă tratament chirurgical.

variolă, boală acută gravă a omului, caracterizată printr-o mare contagiozitate, febră şi o erupţie de vezicule caracteristice pe piele care după vindecare lasă cicatrice. Îmbolnăvirile în masă de variolă sînt citate din antichitate (China, India). Mai tîrziu, această infecţie s-a răspîndit şi în alte ţări, unde a dat epidemii pustiitoare. Variola în secolul al XVIII-lea era socotită în Europa ca boala cea mai frecventă, care dădea milioane de morţi şi mutilaţi (orbi şi ciupiţi de vărsat). Agentul patogen al variolei, descoperit de savantul german E. Paschen, în anul 1906, este un virus. Omul este foarte receptiv la variolă. Izvorul de infecţie este bolnavul de variolă de la care virusul se poate transmite omului sănătos pe diferite căi: aerogen, prin intermediul diferitelor obiecte din jurul bolnavului, prin contactul direct cu bolnavul (atingerea bolnavului). În mediul extern, virusul rezistă bine la uscăciune şi temperatură joasă. El se găseşte la bolnav în sînge, în conţinutul erupţiei cutanate, în crustele veziculelor variolice de pe piele şi mucoase şi pătrunde prin mucoasa căilor respiratorii, prin pielea lezată şi prin pereţii intestinului. Omul bolnav de variolă este contagios pentru cei din jur în tot cursul bolii şi în perioada de vindecare (pînă la căderea crustelor). Izbucnirile de variolă au loc deseori în perioada de iarnă. Oamenii sînt receptivi faţă de variolă la orice vîrstă, dar cel mai mult în copilărie. *Incubaţia* este de 8—14 zile. *Invazia* este acută, cu ridicarea temperaturii pînă la 39—40° (se menţine de obicei 3—4 zile), durere mare de cap, slăbiciune, curbătură. Uneori apare angina catarală. În perioada iniţială a bolii, pe piele şi în primul rînd pe obraz şi pe extremităţi apare de multe ori o erupţie sub formă de pete care dispare după 2—3 zile. *Perioada de stare*: în a 4-a — a 5-a zi de boală, pe piele şi pe mucoasele ochiului, gurii, faringelui, nasului, apar vezicule cu lichid clar, care apoi se transformă în vezicule cu puroi (pustule), acoperind tot corpul bolnavului. Aceasta este perioada cea mai grea: temperatura se ridică din nou, pulsul se accelerează, bolnavul delirează; sînt frecvente crizele de furie. Din pustulele distruse se scurge pe piele puroi. Bolnavul are insomnie, dureri generale, dureri la înghiţit şi respiraţie dificilă, salivaţie, retenţie de fecale şi urină. În ziua a 10-a — a 13-a de boală începe uscarea erupţiei, apoi în a 20-a — a 30-a zi are loc căderea crustelor, cu formarea în locul lor de cicatrice care persistă toată viaţa. Durerile diminuează şi scad, starea subiectivă se îmbunătăţeşte. Pe lîngă forma tipică de boală descrisă mai sînt şi altele, uşoare (varioloid — care se întîlneşte la cei vaccinaţi recent, la care s-a păstrat imunitatea dar într-o măsură slabă) şi forme grave (variola confluentă, cînd veziculele sînt foarte numeroase şi se contopesc între ele; variola neagră sau hemoragică, cînd se produc hemoragii la nivelul veziculelor care capătă o culoare violet-închis). Erupţia veziculară pe cornee sau pe iris poate duce la leucom sau cecitate. Tratamentul constă în administrarea timpurie de gamma-globuline; o mare importanţă are îngrijirea generală a bolnavului. În ultimul timp se folosesc antibiotice (penicilină, aureomicină, teramicină), după administrarea cărora se observă formarea mai redusă de puroi în vezicule, scurtarea perioadei de vindecare, diminuarea mortalităţii. Internarea este obligatorie în spitalele de boli contagioase, cu regim de izolare strictă. În perioada de boală se urmăreşte ca bolnavul să nu-şi rupă crustele de pe veziculele purulente pe cale de uscare. Ieşirea bolnavilor din spital se face după vindecarea deplină şi căderea crustelor, dar nu înainte de 40 de zile de la îmbolnăvire. Imunitate sigură pe toată viaţa. Nu există o imunitate naturală la variolă. În profilaxie, o mare importanţă o are vaccinarea (vezi vaccinare—antivariolică). În cazul apariţiei unui caz nou de variolă sau bănuit de variolă se iau următoarele măsuri: se izolează imediat bolnavul; mijlocul de transport folosit de el se dezinfectează; persoanele care au venit în contact cu el intră în carantină pentru 14 zile din momentul izolării bolnavului; se face dezinfecţia încăperii unde s-a aflat bolnavul (mobila, obiectele, lenjeria); toată populaţia regiunii unde a stat bolnavul este supusă unei vaccinări în masă. Vaccinarea s-a dovedit un mijloc foarte eficace în profilaxia variolei. În ţările în care s-a introdus vaccinarea antivariolică obligatorie, variola a dispărut.

varioloid, formă uşoară, benignă, de variolă, întîlnită la vaccinaţii mai vechi a căror imunitate a scăzut în parte. Transmisă la alte persoane, nevaccinate, dă o variolă tipică, chiar gravă.

Vasici-Ungureanu Pavel (1806—1881), medic romîn originar din Banat, membru al Academiei Romîne. A fost un remarcabil popularizator al cunoştinţelor biologico-medicale prin cărţi, broşuri şi articole în gazete. A editat revista „Higiena şi şcoala", pentru difuzarea noţiu-



Pavel Vasici-Ungureanu.

nilor de medicină printre romînii din Transilvania. A fost unul din primii propagandişti ai darwinismului în ţara noastră.

vasoconstricţie, constricţie vasculară care apare ca urmare a contractării musculaturii circulare din peretele vaselor, ca urmare a influenţei nervilor simpatici sau a unor substanţe numite *substanţe vasoconstrictoare.* Vasoconstricţia duce la scăderea irigaţiei cu sînge în zone respectivă, iar la piele se traduce prin paloare. Vasoconstricţia foarte accentuată se numeşte *spasm vascular* (vezi sistem nervos—vegetativ, circulaţia sîngelui, termoreglare).

vasodilataţie, creşterea diametrelor vaselor, ca acţiune a scăderii stării de contracţie a musculaturii circulare din peretele lor. Vasodilataţia apare sub influenţa nervilor parasimpatici sau a substanţelor cu acţiune vasodilatatoare, ori în urma anesteziei fibrelor nervoase simpatice. Vasodilataţia duce la creşterea irigaţiei în zona respectivă, iar cînd este foarte accentuată, produce o acumulare excesivă de sînge, numită *congestie.* Ea se traduce printr-o culoare roşie mai intensă în zona congestionată, prin roşeaţa pielii. Vasodilataţia este unul dintre semnele care însoţesc de obicei inflamaţia în zona respectivă.

Vatra Dornei, staţiune balneo-climaterică situată la o altitudine de 802 m, la locul unde Dorna şi Bistriţa Aurie îşi unesc apele. Climatul subalpin, răcoros al staţiunii — media anuală a temperaturii este de 5°,2 — face ca ea să fie preferată de foarte multe persoane. Staţiunea a devenit cunoscută — în ţară şi peste hotare — datorită apelor sale carbogazoase, alcaline şi feruginoase, folosite în cură internă şi externă. De asemenea în staţiune se face cura cu nămolul de turbă care se află în cantităţi mari în valea Dornei. Apele carbogazoase, în cura internă, excită secreţia gastrică şi se absorb foarte repede în intestin, fiind diuretice. Prin fierul pe care-l conţin ele excită hematopoeza (producerea de globule roşii). De aceea, aceste ape se prescriu în gastritele cronice cu secreţie scăzută, în anemii, cloroze şi debilitate, în afecţiuni urinare.

În cură externă apele carbogazoase se recomandă în bolile cardiocirculatorii — miocardite, hipertensiune arterială, stări după infarct miocardic (nu recent!).

Cura cu băi de nămol se prescrie în boli ale aparatului locomotor şi sistemului nervos periferic.

Nu vor fi trimişi la cură în staţiunea Vatra Dornei bolnavii cu tensiune arterială mare (peste 20 cm), infarcte miocardice recente, insuficienţă cardiacă şi renală, tuberculoză pulmonară, evolutivă, inflamaţii acute ale articulaţiilor şi seroaselor.

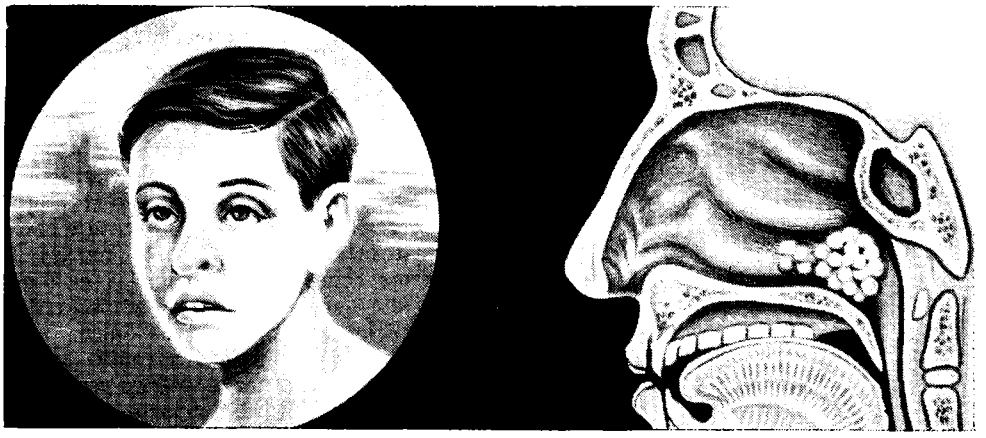
Din staţiune se pot face frumoase excursii şi ascensiuni pe Runc, pe Rarău (la Pietrele Doamnei, 1 647 m), pe Ouşor (1 653 m), Lucaciu (1 769 m), Giumalău (1 859), Călimani-Izvor (2 033 m).

Vatra Dornei

vărsătură, act reflex care constă în evacuarea conținutului gastric prin cardia, esofag, cavitatea bucală, în afara corpului. Vărsătura este un act complex condus de un centru situat în bulbul rahidian. Centrul poate fi excitat prin impulsuri pornite din stomac, intestin și celelalte organe abdominale (prin intermediul vagului și simpaticului), precum și din orice regiune a corpului (urechea medie și internă, rinichi, sistem nervos central). Centrul poate fi excitat și de substanțe care sosesc pe calea circulației sanguine. De la centrul vărsăturii impulsurile eferente se transmit la musculatura stomacului esofagului, diafragmei și pereților abdominali; prin contracția lor într-o anumită ordine, conținutul stomacului este împins în sens opus celui fiziologic și este evacuat în afară. Odată cu alimentele conținute în stomac se pierd în afară lichide (suc gastric) și săruri minerale (mai ales clor), încît vărsăturile repetate nu duc numai la denutriție, ci și la o deshidratare cu pierdere de clor (cloropenie). Efectele nocive ale deshidratării și sărăcirii organismului în săruri minerale apar mai repede și sînt mai grave de cît denutriția. Vărsăturile pot fi provocate de boli ale tubului digestiv (spasm al esofagului, al cardiei, diverticuli esofagieni, spasm piloric, stenoză pilorică, gastrită, ulcer, ocluzie intestinală, tulburări digestive ale sugarului), precum și de boli ale celorlalte organe și aparate (rinichi, ficat, pancreas, inimă, sistem nervos, sistem endrocrin, peritoneu). Apariția vărsăturii este un semn de boală și necesită examen clinic și probe de laborator pentru determinarea cauzei. De aceea nu există un tratament al vărsăturii, ci al bolii cauzale. Cînd vărsătura nu este provocată de boli în care este posibilă o terapie specifică, se întrebuințează cu rezultate bune preparate de clorpromazină (Largactyl, Clordelazin) sau derivați ai acestora cu proprietăți antiemetice (Propizin). Administrarea acestor preparate se face numai după prescripția medicului. Pe lîngă aceste medicamente este nevoie, mai ales la sugar, să se procedeze la injectarea în organism a unor soluții saline (soluție fiziologică), pentru înlocuirea pierderilor de apă și de săruri.

vegetarianism, curent apărut în secolul trecut, culminînd în ultimele decenii ale acestuia și primele decenii ale veacului nostru. Potrivit adepților acestui curent, omul trebuie să se hrănească numai cu alimente de origine vegetală, excluzînd orice aliment provenit de la animale. În legume și fructe, susțineau vegetarienii, se află toate substanțele necesare acoperirii cerințelor organismului, în timp ce din alimentele de origine animală, prin descompunerea lor în organism, se nasc anumite substanțe, ca ureea și acidul uric, care sînt dăunătoare. Această părere, formată într-o vreme cînd nu se cunoșteau bazele științifice ale alimentației omului, era profund eronată. Organismul omului nu este adaptat la un regim permanent compus numai din legume și fructe. Alimentația exclusiv vegetală păcătuiește printr-un aport insuficient de proteine, iar proteinele sînt strict indispensabile menținerii activității vitale normale. Ele procură organismului aminoacizii zișiesențiali, foarte slab reprezentați în vegetale. Iar ureea și acidul uric, care de altfel se formează și din proteinele vegetale, nu sînt periculoase decît cînd se acumulează în exces, din motive de boală. La omul sănătos, ele se formează în mod normal și se elimină la fel de normal prin intermediul organelor de excreție. Este de notat că ureea și acidul uric pot fi întîlnite în sînge, aproape în aceeași proporție, chiar la persoanele care se hrănesc numai cu vegetale. În acest caz, ele se formează din propriile țesuturi ale corpului, ceea ce, după cum se poate ușor înțelege, reprezintă un factor de debilitare a organismului. În zilele noastre, adepții acestui vegetarianism „pur" au devenit din ce în ce mai rari. Regimul vegetarian completat prin consumarea de lapte, brînză și ouă, cu excluderea cărnii, este mai rațional, deoarece acoperă trebuințele nutritive ale organismului. Adoptarea unui regim vegetarian de către omul sănătos, în afara vreunei prescripții medicale, nu este recomandabilă. În anumite boli, ca ateroscleroza, boala hipertensivă, diabetul, obezitatea, nefritele și altele, medicii prescriu „zile de legume și fructe" și alte forme de regim vegetarian sau lacto-vegetarian, valabile pe anumite perioade precis delimitate.

vegetații adenoide, formațiuni limfatice din amigdala faringiană, hipertrofiate (proliferate, crescute) în mod anormal. Frecvența lor mare la vîrsta copilăriei (după unele statistici 50% dintre copiii de vîrstă școlară sînt purtători de vegetații) și tulburările serioase care le determină adesea în dezvoltarea fizică și psihică fac ca această afecțiune să fie una din problemele importante ale patologiei infantile. Cauzele care favorizează apariția vegetațiilor adenoide pot fi: infecțiile nazale și nazo-faringiene repetate și prelungite (adenoidite), condiții de viață deficitară (alimentație insuficientă, lipsă de igienă), constituția limfatică, climatul rece și umed etc. Manifestările prezenței vegetațiilor sînt: îngreunarea respirației pe nas (bolnavii de vegetații țin gura deschisă), secreții mucopurulente continue, voce nazonată, deseori auzul scăzut. Purtătorii de vegetații au o creștere întîrziată, deformații ale scheletului, oasele feței nedezvoltate, dantura dezvoltată anormal, gura permanent deschisă, înapoiere psihică, toate acestea dînd feței o expresie caracteristică, numită „facies adenoidian". În afara acestor tulburări, vegetațiile mai dau serie de complicații: otite repetate, sinuzite, laringite, bronșite, gastrite. Tratamentul constă în extirpare chirurgicală *(adenoidectomie)* și corectarea tulburărilor date. Întrucît vegetațiile



Vegetații adenoide.

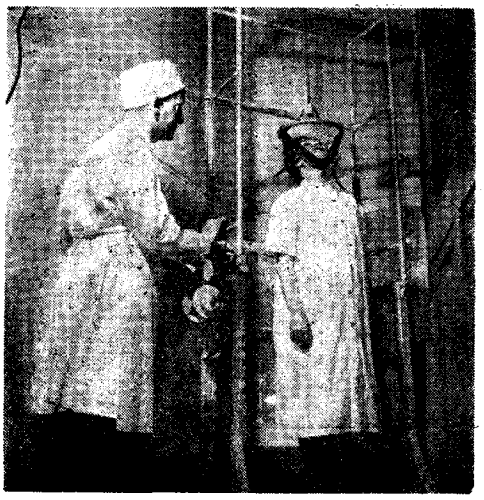
adenoide nu se vindecă de la sine, părinții trebuie să accepte operația la copil atunci cînd medicul specialist crede că este momentul potrivit. De foarte multe ori transformările care se produc în organismul copilului după extirparea vegetațiilor justifică pe deplin actul chirurgical.

vegetații veneriene, formațiuni proeminente, cu aspect conopidiform, provocate de un ultravirus, situate în zona sau în jurul organelor genitale, fiind transmise de obicei pe calea raporturilor sexuale. Vegetațiile cresc destul de repede, au o culoare roșie-roz, sînt legate de piele printr-o zonă mai îngustă și se dezvoltă ca o conopidă brăzdată de șanțuri adînci sau ca o creasră de cocoș. Suprafața lor este erodată, acoperită de o secreție urît mirositoare. Mai poartă numele de condiloame acuminate, spre deosebire de condiloame late, leziuni apărînd în aceleași regiuni în cursul sifilisului (vezi sifilis). Îndepărtarea lor se realizează cu electrocauterul sau prin aplicarea unor substanțe care le distruge (spre exemplu podofilina).

ventuze, acționează datorită vidului pe care îl produce flacăra în interiorul ventuzei, creînd astfel condiții prielnice pentru fluxul sîngelui în țesuturile aspirate. Totodată, sîngele revărsat în piele pune în libertate o serie de substanțe, printre care histamina, care acționează asupra terminațiilor nervoase, determinînd o congestionare a pielii cu descongestionarea reflexă a organelor interne. Acest efect are loc în organul corespunzător zonei de piele unde s-a aplicat ventuza și acționează favorabil în cazurile de congestie pulmonară, nevralgie, junghi toracic. Aplicarea ventuzelor cere îndemînare. Suprafața pielii va fi curățată cu apă și săpun și dacă este păroasă, va fi rasă. Vidul din ventuză este provocat prin flambarea interiorului. În acest scop se pregătesc 2—3 tampoane îmbibate cu alcool, fixate strîns în vîrful unor bețișoare. Cu mîna stîngă se ține ventuza în poziție oblică și cu gura îndreptată în jos, cît mai aproape de locul unde urmează să fie aplicată. Cu mîna dreaptă se introduce tamponul îmbibat în alcool și aprins, în cavitatea ventuzei, ușor umezită în prealabil cu alcool, și se plimbă repede în jurul pereților timp de 2—3 secunde, se îndepărtează apoi flacăra de ventuză și cu o mișcare bruscă se aplică ventuza. Numărul ventuzelor aplicate este în general de 8—12—20. Ele sînt lăsate locului 15—20 de minute, pînă ce culoarea pielii din ventuză devine vînătă. Se scot printr-o mișcare ușoară de răsturnare a ventuzei care îngăduie aerului să pătrundă în cavitatea ei.

versiune obstetricală, manevră care are drept scop întoarcerea fătului în cavitatea uterină pentru a schimba așezarea lui (prezentația) transversală, în care nașterea nu este posibilă, cu una longitudinală. Versiunea se poate face fie prin manevre externe, prin intermediul peretelui abdominal, fie prin manevre interne, cu o mînă introdusă în cavitatea uterină. Este o operație dificilă, care poate duce la ruperea uterului sau la leziuni grave la făt, de aceea nu se practică de cît în caz de mare necesitate; în majoritatea cazurilor de prezentație transversală se face operație cezariană.

vertebroterapie, metodă mecanică, prin care se tratează unele afecțiuni ale coloanei vertebrale ca spondilozele, herniile discale. Ea comportă două proceduri — manipularea și elongația (întinderea) coloanei vertebrale pe masa de extensie. Manipularea constă din acțiunea mecanică de tracțiune sau de propulsie pe care operatorul o execută asupra zonei de tratat. Elongația constă din extensia progresivă a coloanei vertebrale pe o masă specială, astfel încît suprafețele de contact osteocartilaginoase care ar putea comprima



Elongaţie de coloană.

între ele ţesuturi moi, nervi, provocînd fenomene dureroase, să piardă acest contact.

veruci, formaţiuni benigne cu aspect tumoral, care apar în urma proliferării straturilor cornos şi papilar ale pielii, denumite în popor negi. Se disting veruci simple (sau vulgare), plane (juvenile) şi senile. Primele două forme sînt datorite unui ultravirus. Transmiterea infecţiei se face de la om la om, prin contact sau prin obiecte de uz comun. La purtător este posibilă autoinocularea (prin scărpinat). *Verucile vulgare* reprezintă noduli (ridicături) tari, de culoare gri-gălbuie, cu suprafaţa aspră şi neregulată. Dimensiunile lor sînt variabile, de la o gămălie de ac, pînă la un bob de mazăre. Sînt localizate mai frecvent pe degete şi mîini, mai rar pe faţă (de preferinţă pe pleoape şi gît); pe talpa piciorului sînt foarte dureroase şi îngreunează mult mersul. O dată apărute, verucile se pot înmulţi, atît în jurul elementului iniţial, cît şi la distanţă. *Verucile plane* sînt noduli plani de culoarea pielii, adunaţi în grupe pe faţă şi pe mîini. de preferinţă la oamenii tineri. *Verucile senile* reprezintă formaţiuni de culoare gri-gălbuie sau brună, de dimensiuni pînă la o monedă de 5 bani, localizate de preferinţă pe pielea spatelui sau pe faţa oamenilor bătrîni. Suprafaţa lor este acoperită cu depozite tari, îmbibate de grăsime, care se îndepărtează uşor la frecare sau spălare. Tratamentul verucilor comportă distrugerea lor prin atingere cu creionul cu nitrat de argint sau alte substanţe caustice, prin electrocoagulare sau prin raze X.

Vesal Andreas (1514—1564), anatomist născut la Bruxelles, unul din cei mai străluciţi oameni de ştiinţă ai Renaşterii. La 18 ani este numit profesor de anatomie la Louvain. Ulterior predă la Universităţile din Pavia, Bolonia şi Pisa. În 1543 publică la Basel lucrarea sa cap tală „Despre construcţia corpului omenesc". Importanţa acestei opere este de a fi dat semnalul renunţării la repetarea mecanică a dogmelor antice, privind structura şi funcţiile organismului uman. Vesal nu s-a mulţumit să transcrie afirmaţiile lui Aristotel şi Galen, aşa cum făcuseră toţi anatomiştii medievali, ci a notat propriile lui observaţii, combătînd fără şovăire părerile eronate ale savanţilor greci şi romani. Dar ierarhia catolică a considerat această atitudine drept un sacrilegiu, întrucît scrierile lui Aristotel, ca şi cele ale lui Galen, fuseseră incluse printre operele care conţin „adevărul dumnezeesc". Pentru a se sustrage persecuţiilor, Vesal pleacă în 1544 în Spania, dar nici aici nu-şi poate desfăşura în linişte munca ştiinţifică. Sub pretextul că ar fi făcut o disecţie „pe viu", este condamnat la moarte de inchiziţie. Regele îi comută pedeapsa cu obligaţia de a merge în pelerinaj la Ierusalim. Pe drum, la înapoiere, corabia a naufragiat în Insula Zante, unde savantul şi-a găsit sfîrşitul.

Andreas Vesal.

Victoria „9 Mai".

Victoria „9 Mai", staţiune balneară, situată în valea Şimleului, la poalele dealului Craiului, la distanţă de 8 km de Oradea. Climatul de coline al staţiunii, ferită de curenţi datorită dealurilor şi pădurilor din împrejurimi, este blînd, bine suportat la toate vîrstele şi în numeroase stări de boală. Faima staţiunii i-a creat-o sursa de ape minerale termale numită „9 Mai", care este slab mineralizată (puţin peste 1 g la litru), alcalino-teroasă, slab radioactivă şi cu o temperatură de 46°. Această apă este folosită în cură externă în băi de piscină şi de cadă. Ea are o acţiune favorabilă asupra leziunilor inflamatorii cronice, crescînd tendinţa lor de resorbţie. Apele termale se prescriu în boli ale aparatului locomotor, sistemului nervos, digestiv, de piele, în sechele după poliomielită. Ele se prescriu şi în cură internă, în afecţiuni digestive ca: enterocolite cronice, boli hepatobiliare etc. In staţiune se fac tratamente şi cu nămolul sapropelic fosil care este adus din staţiunea vecină 1 Mai. Staţiunea 1 Mai are un climat asemănător celui din Victoria şi posedă numeroase surse cu ape oligominerale, alcalino-seroase termale care izvorăsc la temperaturi între 28—42°, avînd efecte şi indicaţii terapeutice asemănătoare celor din Victoria. In staţiunea Victoria există şi un ştrand care — alimentat cu apă termală — este folosit şi în timpul iernii, fiind singurul de acest fel din ţara noastră. Excursii şi plimbări se pot face la Grota Vulcan, dealul Calvaria, Palota.

Virchow Rudolf (1821—1902), anatomopatolog, igienist şi antropolog german. A efectuat remarcabile cercetări speciale de patomorfologie în tuberculoză, anemie, rahitism, tromboză arterială etc. Celebra sa teorie a „patologiei celulare", conform căreia orice îmbolnăvire îşi are substratul la nivelul celulei, a jucat un anumit rol pozitiv la epoca sa, opunîndu-se teoriilor idealiste despre apariţia îmbolnăvirilor, ca urmare a alterărilor suferite de pretinsa forţă vitală imaterială. Curînd însă „patologia celulară" a devenit o frînă în dezvoltarea ştiinţelor medico-biologice, întrucît nega caracterul unitar al organismului şi unitatea dintre organism şi mediu, promovînd, în schimb, localicismul fiziologic şi patologic, adică tendinţa eronată de a considera că boala se limitează la un singur ţesut sau organ, fără să intereseze ansamblul corpului. Şi pe plan politic, Virchow, care în tinereţe se arătase a fi partizanul reformelor democratice, a ajuns către sfîrşitul vieţii să susţină punctele de vedere cele mai conservatoare. Totodată s-a manifestat ca adversar al darwinismului, îndeosebi al teoriei descendenţei omului din maimuţă. Virchow a manifestat interes pentru problemele de igienă publică şi urbanism.

virilism, perturbare glandulară, caracterizată prin apariţia, la femei, a caracterelor masculine, variabile ca intensitate, număr şi distribuţie. Hirsutismul, adică apariţia părului pe faţă şi corp în zone de obicei glabre, este unul din semnele cele mai izbitoare: păr pe buza superioară, în părţile laterale ale bărbiei, pe gambe şi antebraţe. Virilismul se poate reduce la această dezvoltare anormală a

Rudolf Virchow.

sistemului pilos, însoțită cel mult de unele tulburări de menstruație. Alteori însă și aspectul este modificat: apar trăsături masculine la față și trup, vocea se îngroașă. În acest caz se caută cauza, care poate fi: o funcționare exagerată a glandei corticosuprarenale, cu sau fără tumoare, sau o tumoare ovariană masculinizantă. Dacă 6 luni de *tratament* medical cu hormoni (ACTH, progesteron, tiroidă) n-au dat rezultate, se recurge eventual la intervenția chirurgicală.

virusuri (inframicrobi, virusuri filtrabile, ultravirusuri) cele mai simple forme de viață, lipsite de structură. Savantul rus D. S. Ivanovski a pus în evidență în 1892, pentru prima dată, existența virusurilor. Omul, animalele, plantele sînt afectați de virusuri. Aceștia produc diferite boli și provoacă pagube în economia națională. La om, bolile de natură virotică mai des întîlnite sînt: gripa, rujeola, oreionul, rubeola, poliomielita, variola, encefalita, herpesul, varicela. Printre virozele animale se menționează: anemia infecțioasă a cailor, pesta cornutelor, pesta aviară. Multe boli virotice, ca turbarea, ornitoza, febra aftoasă și unele encefalite, sînt comune pentru om și animale. La insecte, bolile provocate de virusuri sînt: icterul viermelui de mătase, viroza albinelor; la plante: mozaicul tutunului, icterul piersicului, viroza roșiilor, a ovăzului etc. Sursa de infecție în bolile virotice o constituie organismul bolnav sau purtătorul de virus. Calea de infecție poate fi atît directă, prin contactul organismului sănătos cu cel bolnav sau cu purtătorul de virus, cît și indirectă, prin intermediul alimentelor, apei, obiectelor contaminate și prin vectori (țînțari, căpușe). Virusurile plantelor se răspîndesc prin insecte, prin intermediul solului infectat, pe calea contactului direct al plantelor bolnave cu cele sănătoase în timpul îngrijirii lor. Anumite viroze vegetale se transmit urmașilor prin semințe. Virusurile se deosebesc de bacterii prin dimensiunile lor foarte mici, care le permit să treacă prin filtrele care de obicei rețin bacteriile și prin faptul că ele nu se pot înmulți de cît în celulele vii. Mărimea virusurilor se exprimă în milimicroni. Virusurile cele mai mici (virusul poliomielitei și al febrei aftoase) au 20—30 milimicroni, virusurile mijlocii (virusul gripei și al turbării) au 80—150 milimicroni, iar virusurile mari (virusul variolei și ornitozei) au peste 200 milimicroni. Virusurile se prezintă sub formă de corpusculi elementari, sferici, prismatici sau filamentoși. Unele virusuri există sub formă de cristale. Proteinele și acidul nucleic constituie componenții obligatori ai virusurilor. Acidului nucleic îi revine rolul important în transmiterea ereditară a proprietăților patogene ale virusurilor. Cu ajutorul microscopului electronic se pot observa majoritatea virusurilor; virusurile mai mari după o colorație specială pot fi văzute și la microscopul obișnuit. În celulele lezate prin înmulțirea virusurilor se pun în evidență niște formațiuni speciale, numite incluziuni care ar reprezenta un conglomerat de corpusculi elementari. În anumite infecții virotice, incluziunile sînt totdeauna prezente, constituind astfel un element de diagnostic al bolii respective. Înmulțirea virusurilor numai în interiorul celulelor vii este una din proprietățile lor cele mai caracteristice. Virulența virusurilor, adică capacitatea de a produce boala, poate fi modificată în sensul atenuării ei. Astfel virusul variolei, adaptat la organismul vitelor cornute mari, pierde capacitatea de a produce boala la om; se cunosc și alte metode de atenuare a virulenței virusurilor. Obținerea de virusuri atenuate a făcut posibilă prepararea de vaccinuri profilactice (antivariolic, antipoliomielitic). Virusurile se comportă diferit față de acțiunea agenților fizici și chimici. La temperaturi joase nu sînt sensibile, în timp ce aproape toți agenții bolilor virotice umane și animale sînt distruși la temperatura de +60° în timp de 30 de minute. Virusurile vegetale par să fie mai rezistente la temperaturile ridicate. Soluțiile acide și alcaline, diferite substanțe chimice, ca fenol, formol și hipermanganat, inactivează virusurile. În problema provenienței virusurilor, există două ipoteze fundamentale. Partizanii primei ipoteze consideră virusurile ca derivînd din bacterii prin involuție. Reprezentanții celeilalte ipoteze consideră că virusurile provin din particulele albuminelor vii existente pînă la apariția formelor celulare.

vitamină, substanță chimică ce se găsește în alimentele de origine animală și mai ales vegetală și care este indispensabilă pentru menținerea vieții și buna funcționare a organismului. Vitaminele nu furnizează energie și nici material plastic, dar ele participă ca niște catalizatori la toate reacțiile chimice care se petrec în organism. Lipsa lor se cheamă *avitaminoză* (mai corect „hipovitaminoză"); acest termen a fost propus de savantul polonez H. Funk (1911) pentru a desemna o stare de boală provocată de o alimentație prelungită, din care lipsește vitamina corespunzătoare. Noțiunea de avitaminoză este legată în primul rînd de un deficit de *aport* care, la ora actuală, se întîlnește mai frecvent în țările coloniale, dependente sau semidependente, cît și în rîndurile populației sărace dintr-o serie de țări capitaliste. Alteori, avitaminoza este datorită unui *defect de absorbție* (cancer, gastric, paraziți intestinali, diaree prelungită), unei tulburări în utilizarea vitaminelor (supurații, boală de iradiație, boli endocrine) sau *creșterii nevoilor* organismului în cursul unor stări fiziologice (sarcină, alăptare) sau de boală (infecții). Vitaminele se împart în două mari grupe: vitamine care se dizolvă

în grăsimi *(liposolubile)* A, D, E, K, şi vitamine care se dizolvă în apă *(hidrosolubile)*, grupul B, C, P. *Vitamina A* provine din plante şi fructe (spanac, urzici, morcovi, pătlăgele roşii, dovleac, caise, cireşe). Alimentele din regnul vegetal sînt cu atît mai bogate în vitamină A cu cît sînt mai viu colorate.

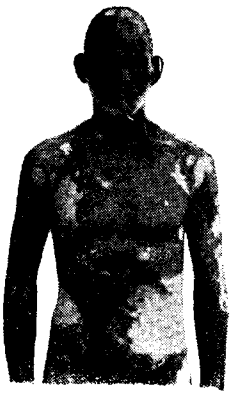
Leziuni cutanate de pelagră (avitaminoză PP).

În regnul animal, această vitamină se găseşte în cantităţi mari în unt, frişcă, smîntînă, lapte integral, brînzeturi grase, gălbenuş de ou, ficat de peşte. Funcţia cea mai importantă a vitaminei A o constituie protecţia pielii şi a mucoaselor, participarea la procesele fotochimice ale retinei care stau la baza senzaţiilor vizuale şi de asemenea favorizarea unei bune funcţionări a sistemelor nervos şi osos. Avitaminoza A se manifestă prin: 1) tulburări oculare; acestea constau într-o dificultate de adaptare a ochiului în întuneric *(hemeralopie)* apoi inflamaţia conjunctivă şi a corneei din care cauză ochiul îşi pierde luciul şi se ulcerează *(xeroftalmie)*; 2) tulburări ale pielii, anexelor ei şi mucoaselor: pielea se usucă, iar părul capătă mătreaţă şi se rupe uşor. Apar infecţii ale mucoaselor: traheobronşite, amigdalite; 3) digestive: lipsă de poftă de mîncare, diaree. *Vitamina D* se găseşte mai ales în produsele de origine animală: lapte, unt, gălbenuş de ou, icre, untură de peşte. De asemenea, ergosterolul, care este provitamină D, se găseşte în ciuperci, ouă, lapte. Ergosterolul este prezent în piele, unde se transformă sub acţiunea radiaţiilor ultraviolete solare în vitamină D. Rolul important al vitaminei D este de a fixa calciul şi fosforul în oase şi dinţi. De aceea, lipsa vitaminei D duce la rahitism (vezi rahitism), osteomalacie şi osteoporoze. *Osteomalacia* poate apărea la gravide, la care consumul de vitamină D este crescut. Dinţii gravidei se cariază, oasele se înmoaie şi se deformează. *Osteoporoza* se întîlneşte la adulţi şi mai ales la bătrîni. *Tratamentul* avitaminozei D se face cu vitamina D care trebuie administrată preventiv copiilor, în special iarna, gravidelor şi femeilor care alăptează. *Vitamina E* se găseşte în embrionul cerealelor necojite, în zarzavaturile proaspete, grăsime şi uleiuri vegetale, în ou, lapte, carne. Rolul acestei vitamine constă în a ajuta funcţionarea normală a glandelor sexuale şi capacitatea de reproducere în protecţia musculaturii, vaselor şi globulelor roşii. Avitaminoza E este urmată de sterilitate, avorturi spontane, slăbire musculatură şi hemoragii. *Vitamina K* se găseşte în alimentele de origine vegetală (spanac, varză, conopidă, ovăz, porumb, grîu roşii, morcovi, sfeclă) şi animală (ficat, splină muşchi, ouă). Această vitamină are un rol important în formarea unor substanţe indispensabile coagulării sîngelui. În lipsa ei, apar hemoragii care nu se opresc de cît cu injecţii de vitamină K. Deficite de vitamină K se întîlnesc în unele boli de ficat, ictere şi ciroze. *Vitamina* B_1 se găseşte în tărîţele de cereale, drojdie de bere, carne. Lipsa ei tulbură metabolismul glucidelor şi grăsimilor, funcţionarea sistemului nervos (polinevrite) şi a aparatului digestiv. La populaţiile care se hrănesc aproape exclusiv cu orez decorticat (Japonia) apare o boală numită *beri-beri*. *Vitamina* B_2 sau riboflavina se găseşte în ficat, ouă, drojdie de bere, carne, pîine neagră. Carenţa în vitamină B_2 se întîlneşte în unele boli gastrointestinale (gastrite anacide), hepatice, pancreatice, ca şi în cazul unei alimentaţii deficitare. Ea dă naştere la o descuamaţie, cu roşeaţă la colţurile gurii *(cheiloză)*, la atrofia mucoasei limbii şi a esofagului. *Vitamina* B_6 sau piridoxina se găseşte în lapte, viscere, ulei, cereale, sfeclă, varză, spanac, struguri, mere. Este necesară pentru buna funcţionare a sistemului nervos şi a măduvii osoase. *Vitamina* B_{12} se obţine prin extracţie din ficat de bou. Are rol principal în producerea globulelor roşii la nivelul măduvei oaselor, în funcţionarea normală a sistemului nervos şi în sinteza proteinelor pentru constituirea ţesuturilor. Carenţa de vitamina B_{12} se instalează în urma unui aport insuficient sau din cauza absenţei factorului intrinsec (vezi anemie). Ea conduce la anemie Biermer, atingerea nervilor (polinevrită) şi tulburări psihice. *Vitamina C* sau acidul ascorbic este prezentă în zarzavaturi, legume (ardei, cartofi), lămîi, portocale, măcieş, pătrunjel. Ea previne şi vindecă scorbutul (vezi scorbut), măreşte rezistenţa vaselor sanguine şi creşte capacitatea de apărare a organismului împotriva infecţiilor. *Vitamina P* sau rutin se găseşte în struguri, lămîi, măcieş, varză spanac; nu se află în alimentele de origine animală. Avitaminoza P duce la alterarea peretelui capilarelor sanguine cu hemoragii. *Vitamina PP* sau acid nicotinic este prezentă în ambele regnuri, vegetal

și animal. Porumbul, fructele uscate, ceapa, slănina nu o conțin însă de loc. Este necesară creșterii, prin participarea ei la buna folosire a proteinelor. Carența de vitamină PP, în cadrul unei alimentații în general deficitare, provoacă pelagră.

viteză de sedimentare, viteză cu care eritrocitele din sînge se depun (sedimentează) pe unitatea de timp, adică după una și două ore. Pentru a executa această analiză, sîngele recoltat din vena de la plica cotului trebuie făcut incoagulabil, amestecîndu-l cu o soluție de citrat de sodiu de 3,8%. De obicei, citratul (0,4 ml) se încarcă în seringă, apoi se face puncționarea venei și se trage sînge pînă la 2 ml. Sîngele astfel recoltat este dus la laborator, unde este pus într-un tub de sticlă gradat în mm, așezat într-un stativ, și lăsat timp de o oră. Se citește numărul de mm cu care au coborît hematiile prin sedimentare, apoi se mai lasă încă o oră, notîndu-se din nou spațiul în mm. Normal, viteza de sedimentare la bolnavi este 1—10 după o oră, și 7—15 după două ore. La femei, este de 2—13 după o oră și de 12—17 după două ore, iar la copii mici și sugari, de 9—12 după o oră. Ea crește în bolile infecțioase sau afecțiunile inflamatorii (tuberculoză, reumatism acut) și scade în bolile alergice, în hepatita epidemică. Există și modificări fiziologice ale vitezei de sedimentare. Astfel găsim valori crescute în timpul menstruației sau în ultimele luni de sarcină. Interpretarea rezultatelor se face de către medic, numai prin corelarea lor cu celelalte date de laborator și cu semnele clinice de boală.

vitiligo, boală a pielii caracterizată prin tulburări de pigmentație. Pe piele apar pete albe nepigmentate, de diferite mărimi și forme, mărginite de o piele mai intens pigmentată față de cea normală. Dacă petele apar pe regiuni acoperite cu păr, acesta devine alb. Amplasarea petelor este de obicei simetrică; ele au în general tendința de a se întinde și de a se contopi. Cauza bolii nu se cunoaște. Tratamentul este de lungă durată și constă în badijonarea plăcilor cu anumite substanțe, cum ar fi meladinina. Gerovitalul dă rezultate bune în unele cazuri.



Vitiligo,

Vîrnav Constantin (1806—1877), medic romîn. În 1836 își susține la Budapesta teza

Constantin Vîrnav

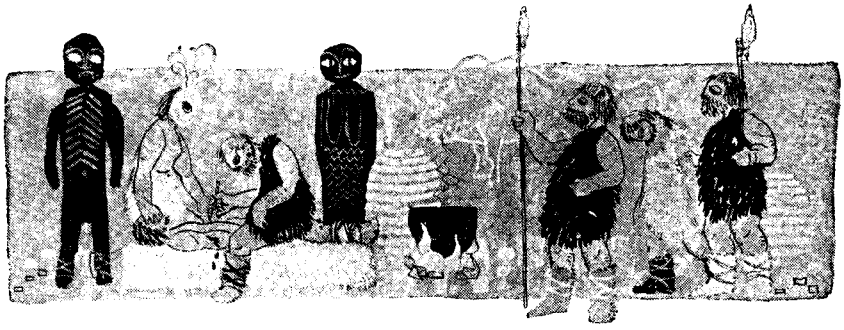
de doctorat în medicină, intitulată „Scurtă fiziografie a Moldovei", lucrare în care face o temeinică prezentare geografico-medicală a țării sale de origine. În 1844—1845 editează „Povățuitorul sănătății și al economiei", prima gazetă românească de popularizare a cunoștințelor științifice, inclusiv cele medicale. Vîrnav a fost unul din cei mai activi membri ai Societății de medici și naturaliști din Iași. A militat pentru unirea Moldovei cu Țara Românească.

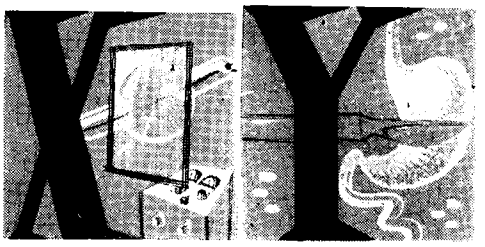
Wassermann (reacţia) — vezi Bordet-Wassermann.

Wassermann August (1866—1925), medic şi imunolog german. Este cunoscut prin metoda de diagnostic serologic al sifilisului, propusă de el în 1906.

Widal (seroreacţia), reacţie de laborator folosită în diagnosticul febrelor tifoidă şi paratifoidă, prin care se caută în serul sanguin al bolnavului anticorpii specifici faţă de bacilul tific sau bacilii paratifici. O cantitate mare de astfel de anticorpi (un titru crescut) în serul sanguin al bolnavului este un argument important pentru punerea diagnosticului de febră tifoidă sau paratifoidă.

wiplă, aliaj inoxidabil feros, care conţine pe lîngă fier şi nichel, crom şi puţin cărbune. Este în general bine tolerat de cavitatea bucală, afară de unele cazuri cu afecţiuni pronunţate ale gingiilor. Nu se oxidează şi se utilizează la coroanele stanţate şi la croşetele de sîrmă ale protezelor scheletate şi cu placă sau la aparatele de ortodonţie. În general nu se poate turna corect, deoarece lucrările turnate din wiplă prezintă pericolul de a se fractura. Este un material ieftin şi este indicat momentan pentru o perioadă istorică scurtă, pînă se va putea obţine un material mai bun, pentru cavitatea bucală. Materialul în serie nu este rău tolerat de organism, dar duritatea lui şi faptul că nu se poate turna îl indică numai pentru ştanţare, procedeu tehnologic care duce la confecţionarea unor lucrări protetice (coroane) care nu sepot adapta perfect.

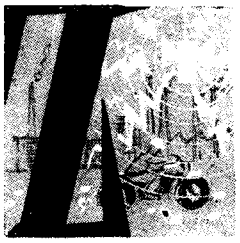




xeroftalmie, stare de uscăciune a conjunctivei, cu pierderea luciului sau normal, provocată de degenerarea cicatriceală sau de lipsa vitaminei A. Degenerarea conjunctivei poate fi cauzată de conjunctivita granuloasă, de arsuri ale conjunctivei, lagoftalmie, ectropion etc. sau de stări de denutriţie însoţite de avitaminoză A. Ca tratament se indică umectarea conjunctivei cu soluţii uleioase sau cu unguente care conţin antibiotice. În avitaminoza A se administrează vitamina A, precum şi alte vitamine şi tonice generale.

Yersin Alexandre-Émile-Jean (1863—1943), bacteriolog şi imunolog francez de origine elveţiană. A demonstrat, împreună cu Roux, existenţa unei toxine secretate în mediul extern de bacilul difteriei. În 1894 a pus în evidenţă, concomitent cu Kitasato, dar independent de el, microbul ciumei. S-a ocupat de combaterea acestei boli, preparînd şi un ser special antipestos.

yogism, aplicarea practică a unui sistem mistico-religios de „eliberare" a sufletului printr-o serie de exerciţii etice, psihice şi fizice. Întemeietorul acestei metode, Patangjali (sec. II î.e.n.) a elaborat aşa-numita cale în 8 trepte „de eliberare" a sufletului: 1) abstinenţă; 2) cultură; 3) poziţie; 4) controlul respiraţiei; 5) eliminarea simţurilor; 6) atenţie; 7) contemplarea obiectului; 8) absorbirea intelectului de către obiectul contemplării. Cheia acestui sistem este antrenamentul funcţiilor respiratorii prin încetinirea ritmului lor pînă ce provoacă, în loc de călirea organismului, stări patologice de întunecare a conştiinţei, însoţite de extaz şi vedenii. A atribui yogismului un scop de întărire a sănătăţii înseamnă a ascunde esenţa acestei mistici şi a omite caracterul ei antiştiinţific.



zaharină, medicament fără miros, cu gust foarte dulce metalic. În comerț se găsește sub formă de comprimate mici albe, utilizate ca înlocuitor de zahăr la diabetici sau pentru îndulcirea unor medicamente care trebuie administrate copiilor mici. Este de 500 de ori mai dulce de cît zahărul (un comprimat= două bucăți zahăr). Se va păstra într-un loc ferit de accesul copiilor.

zăbăluță, îmbolnăvire a zonelor de piele și a mucoasei situate la colțurile gurii datorită de cele mai multe ori ciupercilor din grupul *Candida* (vezi candidoze).

zgomot: în mod obișnuit, prin zgomot se denumesc toate sunetele neplăcute care jenează la lucru și împiedică odihna. Efectele îndelungate ale zgomotului sînt dăunătoare, în special prin tulburările produse la nivelul sistemului nervos central. Zgomotul violent — de felul aceluia produs, spre exemplu, în atelierele de cazangerie — poate duce la slăbirea auzului, dacă nu se iau măsuri de apărare. În industrie se iau măsuri de protecție contra zgomotului, prin amenajarea de instalații de absorbție a sunetelor și de izolare fonică, precum și prin mijloace individuale (antifoane). O mare însemnătate o prezintă și apărarea contra zgomotului de stradă, prin folosirea tehnicii moderne de izolare acustică în construcția locuințelor, ca și prin alte măsuri: interzicerea claxonatului în orașe, instalarea de bandaje speciale amortizoare la roțile tramvaielor etc. Acțiunea de apărare contra zgomotului este completată printr-o activitate perseverentă de propagandă a unor principii de conviețuire civilizată: respectarea liniștei colective în orele de odihnă, folosirea cu volum de sunet redus a aparatelor de radio, televizoarelor și magnetofoanelor, evitarea executării la ore nepotrivite a unor lucrări casnice (baterea cuielor, pisarea zahărului), înlăturarea zgomotului produs de animalele crescute în casă ș.a.m.d.

Zizin, stațiune lîngă Brașov (12 km), la o altitudine de 609 m cu ape alcaline și carbogazoase, indicate în boli digestive, renale sau de nutriție.

zona Zoster, boală acută, care se manifestă sub forma unui număr mai mare sau mai mic de grupe de vezicule mărunte pe o piele in-

Zonă Zoster.

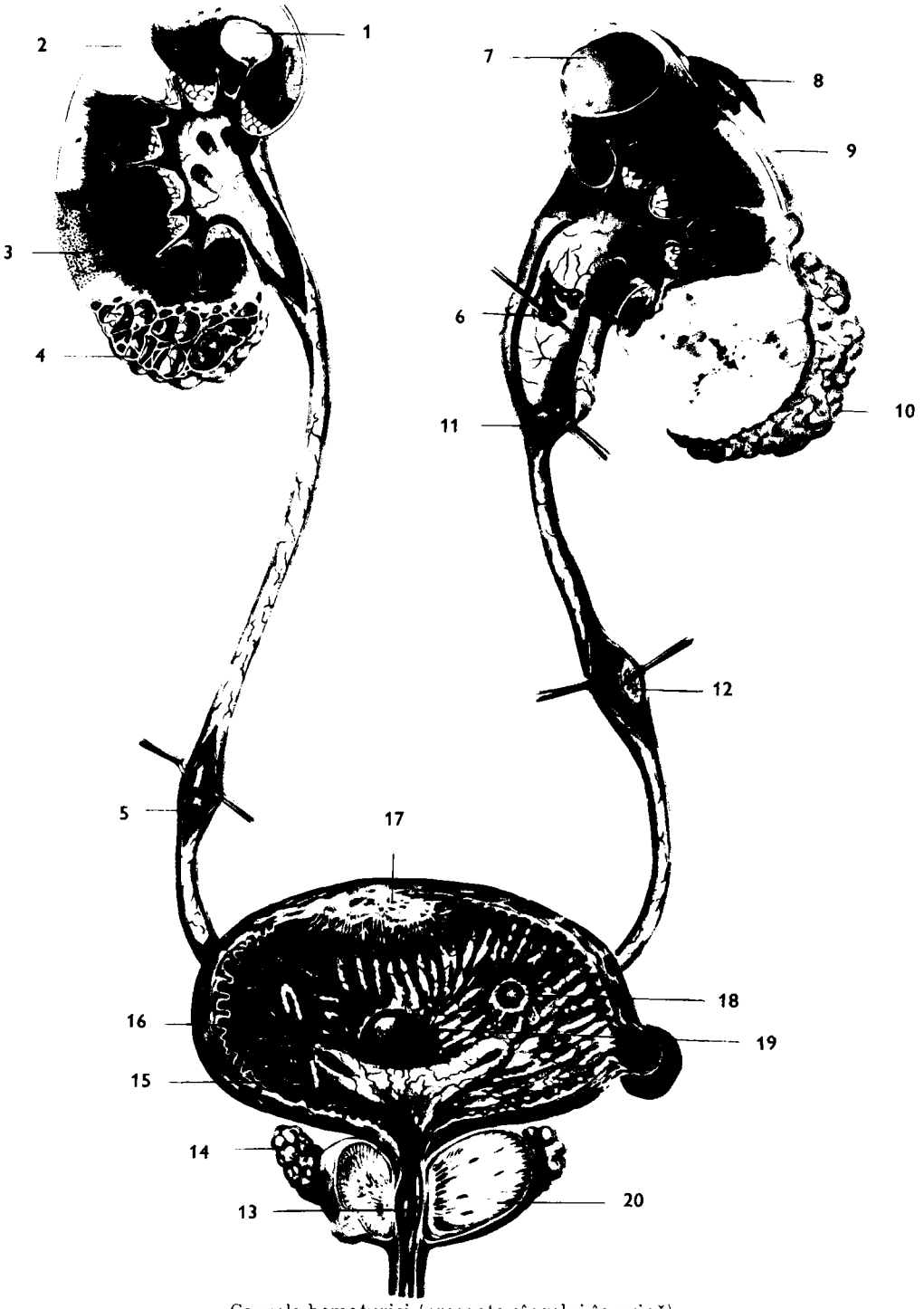
flamată și edematiată. Zona Zoster este produsă de un virus filtrabil, apropiat de virusul varicelei. Boala este precedată deseori și de obicei însoțită de arsuri și dureri puternice

cu caracter de nevralgie, care persistă uneori şi după dispariţia erupţiei, mai ales la bătrîni şi la oamenii slăbiţi. Grupele de vezicule ale zonei Zoster se răspîndesc de-a lungul traiectului şi ramificaţiilor unui nerv anumit, cel mai frecvent intercostal. Erupţia în acest caz înconjură ca o centură jumătate din trunchi. În alte cazuri, erupţia se poate întinde de-a lungul extremităţilor inferioare sau superioare, pe o parte a gîtului sau pe o jumătate a feţei. Zona Zoster durează în medie 2—5 săptămîni; de regulă nu se observă recidive. Erupţia dispare fără urme; numai în cazul formei gangrenoase a zonei Zoster, pe locul erupţiei rămîn cicatrice înfundate. *Tratamentul* constă în administrare de vitamină B, iradieri cu raze ultraviolete; pe gură se administrează piramidon, aspirină, penicilină.

Zubcu-Codreanu Nicolae (1850—1878), medic revoluţionar născut în fosta gubernie a Basarabiei, refugiat în 1875 la noi în ţară, unde şi-a încheiat studiile medicale, devenind în 1876 licenţiat al facultăţii din Bucureşti. Împreună cu N. Russel şi C. Dobrogeanu-Gherea, Zubcu-Codreanu a îndrumat cercul socialist conspirativ format din studenţi ai Universităţii din Bucureşti, mai ales medicinişti, ca C. I. Istrati (viitorul profesor de chimie şi membru al Academiei Romîne), K. Stăuceanu, A. Spiroiu. În timpul războiului din 1877—1878 a desfăşurat o intensă activitate propagandistică printre militarii ruşi în trecere pe la noi. Urmărit de poliţia ţaristă medicul revoluţionar s-a refugiat la Curtea de Argeş, unde curînd încetează din viaţă. Înmormîntarea sa a dat loc la unele incidente cu răsunet în presă şi în parlament, deoarece autorităţile civile şi clericale au impus prin silnicie, contrar voinţei decedatului, oficierea

Nicolae Zubcu-Codreanu.

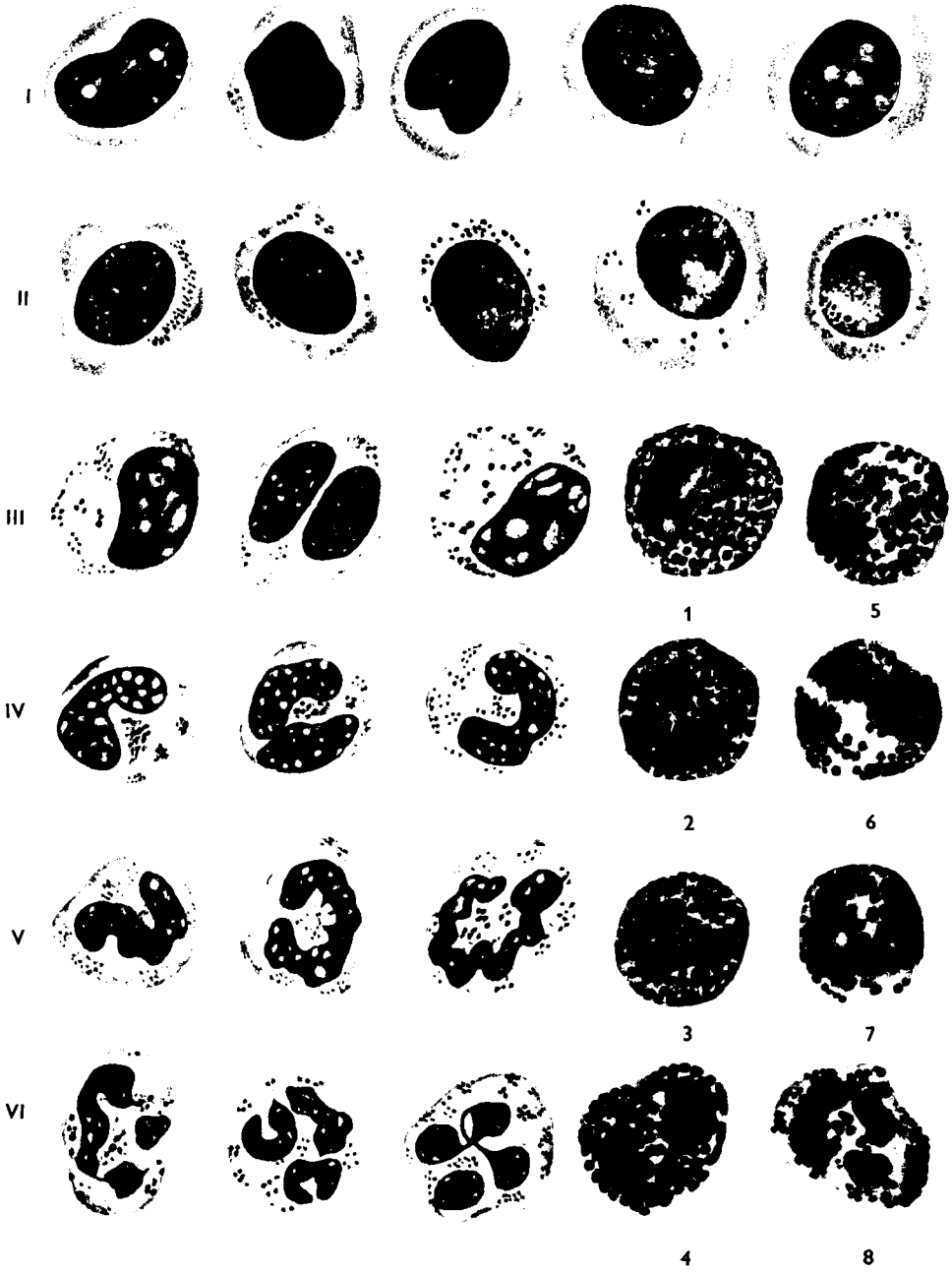
serviciului religios. Generaţia de medici care l-a cunoscut i-a păstrat lui Zubcu-Codreanu o amintire plină de admiraţie şi respect.



Cauzele hematuriei (prezența sîngelui în urină).

1 — Tuberculoză. *2* — Infarct. *3* — Nefrită. *4* — Rinichi chistic. *5* — Piatră. *6* — Papilom. *7* — Chist. *8* — Ruptură. *9* — Papilită. *10* — Tumoare (hipernefrom, cancer). *11* — Piatră. *12* — Tumoare. *13* — Hemoragie prostatică. *14* — Veziculită tuberculoasă. *15* — Corp străin. *16* — Cistită. *17* — Tumoare (cancer, papilom). *18* — Ulcerație. *19* — Piatră. *20* — Leziuni ale prostatei (adenom, cancer, prostatită tuberculoasă).

(după C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein)



Naşterea globulelor albe ale sîngelui (granulocite, polinucleare) din celulele de origine localizate în măduva hematopoetică a oaselor.

I — Mieloblast. *II* — Promielocit. *III* — Mielocit. *IV* — Metamielocit. *V* — Nesegmentat. *VI* — Segmentat. *III*, *IV*, *V*, *VI* — Granulocite neutrofile. *1*, *2*, *3*, *4* — Granulocite eozinofile. *5*, *6*, *7*, *8* — Granulocite bazofile.

Redactor responsabil: dr. DAN ABULIUS
Tehnoredactor: TRIMBIȚIONI RUTH

Dat la cules: 08.06.1964. Bun de tipar: 12.10.1964. Apărut: 1964. Tiraj: 70.000+170 ex. legate. Hirtie: velină satinată de 63 g/m², 700×1000/16. Coli editoriale 49,12. Coli de tipar: 24,75. Planșe tipar offset 8. A.: 4555/1964. C. Z. pentru bibliotecile mari: 61(06). C. Z. pentru bibliotecile mici: 31(06).

Intreprinderea poligrafică „13 Decembrie 1918", str. Grigore Alexandrescu nr. 93—95, București — R.P.R., comanda nr. 1652.

VERIFICAT
1987